THÈSE

SUR CETTE QUESTION:

Dans les différens cas d'étroitesse du Bassin, que convient-il de faire?

THÈSE

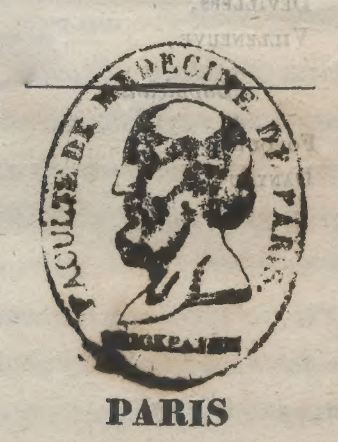
SUR CETTE QUESTION :

Dans les différens cas d'étroitesse du Bassin, que convient-il de faire?

Soutenue le 15 mai 1834, au Concours pour la Chaire de Clinique d'accouchement, vacante à la Faculté de Médecine de Paris.

Par Paul-Antoine DUBOIS,

Docteur en médecine, Agrégé libre de la Faculté de Médecine de Paris; Professeur et Chirurgien en chef à l'hospice de la Maternité.



PARIS

IMPRIMERIE DE FÉLIX LOCQUIN,

RUE NOTRE-DAME-DES-VICTOIRES, 16.

—

1834

0 1 2 3 4 5 (cm)

JUGES DU CONCOURS.

MM. MOREAU, *président*,
ROUX,
J. CLOQUET,
DUPUYTREN,
MARJOLIN,
GERDY,
DUMERIL,
BERARD,
CAPURON,
LEBRETON,
DEVILLERS,
VILLENEUVE,

Suppléans.

FOUQUIER,
DANYAU.

AVANT-PROPOS.

La question qui m'est échue est certainement une des plus vastes et des plus importantes qui puissent se présenter dans l'étude des accouchemens. A l'examen et à la répartition des procédés divers que l'art oppose aux conséquences possibles et presque toujours très-fâcheuses des rétrécissemens du bassin, se rattachent les points les plus obscurs, les plus litigieux, et par conséquent les plus controversés dans la science, les plus graves et les plus difficiles dans la pratique. Si j'avais embrassé le sujet de ma thèse, dans toute son extension possible, et non dans le sens rigoureux de la question qui m'était posée, j'aurais entrepris une tâche qui d'abord ne m'était pas donnée, et qui, d'ailleurs, dans l'espace de temps très-court qui m'était accordé, aurait été certainement au-dessus de mes forces. L'étude des différens cas d'étroitesse du bassin, ainsi comprise, aurait dû me conduire à l'exposé des causes qui les préparent, du mécanisme suivant lequel ils se produisent, des degrés qu'ils offrent, des conséquences variées qu'ils peuvent avoir, et des ressources obstétricales dont ils réclament l'emploi. L'étude de ces dernières me conduisait à son tour, à l'indication préalable des moyens par lesquels on reconnaît les vices du bassin quand ils ont lieu, la vie ou la mort du fœtus quand des opérations réclamées par la longueur et les difficultés du travail devraient compromettre ou respecter son existence, puis à l'appli-

cation du forceps ou du levier, à la version du fœtus, à la craniotomie, et à l'emploi des crochets, à la symphyséotomie ou à la pelviotomie, à l'opération césarienne, à l'accouchement prématuré artificiel, au régime comme moyen de restreindre le développement du fœtus; enfin, à l'avortement provoqué dans les premiers mois de la grossesse, car ce sont là les procédés nombreux qui ont été proposés ou mis en œuvre dans les différens cas d'étroitesse du bassin; un volume entier y aurait à peine suffi, et, encore une fois, ce n'était pas cela qui m'était demandé.

Quand j'ai commencé mon travail, le plan que j'avais alors conçu, n'était pas exactement celui auquel le temps m'a forcé plus tard de le restreindre. J'ai fait précéder la discussion qui devait constituer le fond de ma thèse, d'un aperçu général des rétrécissemens du bassin, j'espérais en le traçant qu'il me serait possible d'y ramener souvent l'attention du lecteur, et de baser non-seulement sur les degrés d'étroitesse, comme je l'ai fait, mais même sur les diverses nuances de forme et sur les siéges très-variés des rétrécissemens, tout à la fois le choix des procédés et les moyens d'exécution. Mais je me suis bientôt aperçu que cette marche m'entraînerait dans de trop longs développemens, et j'ai dû y renoncer. Ainsi, la description générale des rétrécissemens du bassin, qui occupe les premières pages, peut être considérée comme un appendice à mon travail, comme un hors-d'œuvre qui ne lui étant pas nécessaire aura cependant l'avantage d'étendre encore le champ de la discussion.

Parmi les procédés opératoires, ou les moyens préventifs indiqués dans tous les ouvrages qui traitent des rétrécissemens du bas-

sin, il en est plusieurs que je n'ai pas même mentionnés. C'est que les uns ne m'ont pas paru dignes de discussion, l'avortement provoqué dans les premiers mois de la grossesse par exemple. C'est que d'autres m'ont semblé inefficaces, l'emploi du levier, ou le régime pour restreindre le développement du fœtus, m'ont paru dans ce cas. D'autres m'ont semblé dangereux, et ceci s'applique à la version sur les pieds, bien qu'elle ait été conseillée par madame Lachapelle, et qu'elle ait paru réussir entre ses mains. D'autres, enfin, n'ont pas reçu de l'expérience la sanction qui m'aurait justifié de les avoir proposés, je veux parler ici de la pelviotomie dont un essai malheureux a été récemment fait à Naples.

En parlant des procédés opératoires qui conviennent dans les cas de rétrécissement du bassin, je me suis contenté d'une simple indication, j'ai dû supposer au lecteur toutes les notions acquises sur les moyens d'exécution. Je ne me suis éloigné de cette règle que pour l'accouchement prématuré artificiel; cette opération expérimentalement peu connue en France, m'a semblé devoir être l'objet d'une attention spéciale, et j'y ai consacré une assez grande partie de ma thèse. J'ai très-rapidement exposé les procédés par lesquels on l'exécute, sans juger leur valeur réelle; je dois dire cependant qu'en donnant à celui de Kluge plus de place qu'aux autres, je l'ai par cela même jugé préférable, et dans mon esprit il ne peut pas y avoir de doute sur ce point.

Le sort avait ouvert devant moi une carrière immense, je suis bien loin de penser que je l'ai fournie toute entière; mais je crois en avoir franchi tout ce que dans un espace de temps fort court il était possible de parcourir.

ERRATA.

Pag. 14, lig. 18, *est aussi absolu*, lisez : n'est pas aussi absolu.

Pag. 17, lig. 20, *de trois pouces sept lignes*, lisez : de trois pouces six lignes.

Pag. 27, lig. 8, *les irrésolutions*, *demi-mesures*, lisez : les irrésolutions, les demi-mesures.

Pag. 35, lig. 8, *et de deux pouces sept lignes*, lisez : et de deux pouces six lignes.

Pag. 37, lig. 17, *deux pouces neuf lignes*, lisez : deux pouces dix lignes.

Pag. 42, lig. 3, *dans les trois derniers mois*, lisez : dans les deux derniers mois.

Pag. 44, lig. 17, 9 *à huit mois*, lisez : 109 à huit mois.

Pag. 46, lig. 8, *de provoquer l'écoulement*, lisez, de provoquer l'accouchement.

Pag. 70, lig. 25, *et deux pouces sept lignes*, lisez : et deux pouces six lignes.

DANS LES DIFFÉRENS CAS D'ÉTROITESSE DU BASSIN QUE CONVIENT-IL DE FAIRE.

Parmi les conditions nombreuses qui concourent à l'accomplissement heureux et facile de l'accouchement, il n'en est aucune qui soit plus digne d'attention, parce qu'il n'en est aucune qui soit plus nécessaire, qu'un rapport convenable entre le volume du fœtus, et la capacité du canal qu'il doit parcourir. Cette condition peut manquer toutefois, soit du côté du fœtus, si ses dimensions sont exagérées par quelque vice de conformation, ou par sa mauvaise situation à l'entrée du bassin; soit du côté de la mère, si son bassin n'offre pas dans tous ses points également, l'étendue qui appartient à sa conformation normale. Dans l'un de ces cas aussi

bien que dans l'autre, le bassin est trop étroit; mais il l'est relativement dans le premier, il l'est absolument dans le second; et il est évident que ce n'est qu'à ce dernier cas, c'est-à-dire à l'étroitesse absolue du bassin, que la question dont la solution m'est demandée doit s'appliquer.

Des causes différentes par leur nature, leur gravité, et les indications qu'elles offrent, peuvent rétrécir le bassin, et à ces divers titres elles méritent d'être rappelées au souvenir du lecteur. Ce rappel est nécessaire d'ailleurs à la clarté de la discussion dans laquelle je vais m'engager.

Le bassin peut être rétréci par vice de conformation, ou par obstruction; et pour que ces expressions soient bien comprises, je dirai que par la première j'entends la déformation du canal et son développement incomplet. Le rachitisme et l'ostéomalaxie presque toujours, des fractures ou des luxations dans quelques cas très-rares, en sont les causes prédisposantes; le poids du corps ou l'action musculaire en sont les causes productrices.

Par la seconde, j'entends l'oblitération en général incomplète de la cavité pelvienne par des exostoses ou par des tumeurs dont la consistance est assez prononcée pour rendre le passage du fœtus à travers ce canal ou difficile ou impossible. Je m'occuperai d'abord du rétrécissement du bassin par vice de conformation.

Quand le bassin est rétréci par cette cause, on peut, par la pensée, distinguer dans ces rétrécissemens trois formes principales, et je dis par la pensée, parce que ces formes, comme je le rappellerai plus tard, sont très-souvent combinées et pour ainsi dire confondues.

Ce sont :

1°. L'aplatissement d'avant en arrière ;

2°. La compression d'un côté à l'autre ;

3°. L'enfoncement des parties latérales et antérieures.

L'aplatissement raccourcit les diamètres antéro-postérieurs ; la compression latérale diminue l'étendue des diamètres transverses, et l'enfoncement des parties latérales et antérieures diminue celles des diamètres obliques. Le vice de configuration, que j'ai désigné par l'expression d'aplatissement, résulte du rapprochement des deux arcs antérieur et postérieur du bassin. Dans ce rapprochement, c'est presque toujours l'arc postérieur qui est déplacé. Lorsqu'il se porte en avant en masse, si je puis ainsi dire, le sacrum lui-même ayant perdu sa courbure naturelle en partie ou en totalité, les diamètres antéro-postérieurs des détroits et de l'excavation sont simultanément raccourcis. Lorsqu'au contraire, ce qui est beaucoup plus commun, c'est la partie moyenne et supérieure de l'arc postérieur, celle qui reçoit de la colonne vertébrale le poids du corps, qui se déplace seule et se porte en avant ; le détroit abdominal, et, dans ce détroit, le diamètre sacro-pubien sont isolément compromis, et l'on voit assez souvent alors le diamètre correspondant (cocci-pubien) du détroit périnéal augmenté d'étendue, le sacrum ayant exécuté une sorte de mouvement de bascule qui porte sa base en avant et son sommet en arrière ; il n'est pas rare d'un autre côté, qu'en se portant en avant la base du sacrum s'incline obliquement à droite ou à gauche, et altère tout à la fois par ce déplacement le diamètre sacro-pubien et l'un des diamètres obliques. Lorsqu'enfin ce sont les parties

supérieures et inférieures de la région sacrée qui sont seules saillantes vers le vide du bassin, la courbure naturelle du sacrum se trouvant alors exagérée, les diamètres antéro-postérieurs du détroit abdominal et du détroit périnéal sont tous les deux diminués d'étendue.

Il est fort rare que la partie moyenne de l'arc antérieur du bassin soit notablement portée en arrière; elle s'aplatit quelquefois cependant, et encore ces cas sont-ils en très-petit nombre, à plus forte raison ceux dans lesquels la symphyse du pubis même ferait une saillie en arrière, et je serais même tenté d'en contester la possibilité, si madame Boivin n'en avait fait figurer un exemple dans son *Mémorial de l'art des accouchemens.*

Lorsque la cavité pelvienne est rétrécie par compression latérale, c'est un des côtés seuls qui est ordinairement déprimé. Cette dépression est en général plus remarquable inférieurement que supérieurement; de sorte que les diamètres transverses de l'excavation et du détroit périnéal sont essentiellement altérés, et j'ajouterai que dans ces vices de conformation qui sont peu communs, et dont deux exemples fort remarquables existent dans la collection des bassins difformes de l'hospice de la Maternité, la symphyse sacro-iliaque du côté déprimé m'a paru ordinairement ossifiée, et la largeur du sacrum, du côté malade surtout, notablement diminuée d'étendue.

L'enfoncement des parties latérales de l'arc antérieur du bassin se voit beaucoup plus souvent que la compression latérale dont je viens de parler; il peut exister d'un seul côté ou des deux à la fois. Comme l'arc antérieur, dans le point qui correspond à la dépres-

sion des parties latérales, a très-peu de hauteur, et comme la surface comprimée par la tête du fémur, en occupe la plus grande partie, il est presque impossible qu'elles ne soient pas affaissées dans toute leur étendue. Aussi, non-seulement les diamètres obliques sont raccourcis à droite et à gauche, quand la dépression est double, mais ce raccourcissement s'applique à tous les diamètres obliques à la fois, à ceux du détroit abdominal, à ceux de l'excavation, et à ceux enfin du détroit périnéal.

J'ai dû prendre ainsi un à un, et isoler par la pensée, chacun des modes de déformation dont je viens de parler, afin d'être mieux compris, et d'ailleurs, parce qu'il en est quelques-uns qui peuvent exister isolément, et ne compromettre que les diamètres qui lui correspondent; mais telles sont la forme et l'étendue du bassin, qu'il est difficile que l'aplatissement, la compression latérale, ou l'affaissement des parties latérales et antérieures, aient lieu, même séparément, sans que le bassin ne se trouve par cela même rétréci dans le sens de plusieurs de ses diamètres, dont les directions sont d'ailleurs différentes; et pour que l'expression de ma pensée ne laisse aucune obscurité, je prendrai comme exemple l'affaissement des parties latérales et antérieures. Cette déformation ne saurait exister sans diminuer la capacité du bassin tout à la fois dans la direction des diamètres obliques, et de quelques-uns des diamètres transverses et des diamètres antéro-postérieurs. Telle est enfin la disposition respective des points sur lesquels les pressions s'exercent, qu'il est fort naturel que quand ils cèdent, les formes diverses que j'ai rappelées se combinent de diverses manières, et donnent au bassin des figures très-différentes, que

Mme Lachapelle a essayé de représenter à l'esprit par les expressions de réniformes, triangulaires, bilobés, trapézoïdes, pyramidaux, etc., etc.

Pour terminer ce que j'ai à dire des différens genres de rétrécissemens par déformation, j'ajouterai que le détroit inférieur est quelquefois rétréci dans le sens de son diamètre cocci-pubien, par la trop grande longueur de la symphyse pubienne; que le détroit abdominal peut l'être par la projection extrême des dernières vertèbres lombaires, qui sont poussées au-dessus du vide du bassin : qu'enfin les épines ischiatiques peuvent être assez déjetées en dedans pour rétrécir notablement l'excavation à peu près dans le sens de son diamètre transversal.

Le rétrécissement qui résulte d'une conformation vicieuse peut offrir des degrés très-différens. Le premier degré existe réellement dès que l'un des diamètres du bassin a une ou deux lignes de moins que ne le comportent les dimensions considérées comme normales. Mais les premiers degrés échappent presque toujours à notre attention, parce que l'accouchement n'en éprouve en général ni retard, ni difficultés notables. Il n'en est plus de même toutefois, quand les diamètres ont perdu quatre lignes ou plus de leur étendue. Là commence pour l'accoucheur le premier degré de rétrécissement ; depuis celui-ci jusqu'à une réduction du vide de la cavité pelvienne, à quelques lignes seulement, il doit y avoir une foule de degrés intermédiaires que je ne puis exposer séparément, mais que l'esprit du lecteur peut facilement se représenter. Je lui rappellerai seulement que le rétrécissement le plus remarquable qu'on ait encore observé, a été indiqué par Ch. Bell; le

détroit supérieur, dans son diamètre antéro-postérieur, était réduit à trois lignes environ, et que Naegèle a vu chez une femme accouchée déjà six fois l'ostéomalaxie produire un tel déplacement de la région lombaire de la colonne vertébrale, qu'il ne restait plus que deux lignes à gauche et six lignes à droite entre la quatrième vertèbre lombaire et le bord supérieur de la symphyse du pubis.

Il est enfin un point fort important, et que je ne puis passer sous silence : c'est que le rachitisme, quand il existe dans l'enfance, a deux modes d'action différens sur le bassin : l'un consiste dans le ramollissement des os, et leur affaissement qui en est la conséquence inévitable : j'en ai parlé ; l'autre consiste dans une sorte d'arrêt de développement dont ils sont frappés, et comme cette dernière influence du rachitisme s'exerce plus spécialement sur les os des membres, et que les os coxaux en sont une dépendance, c'est à eux surtout que cette observation s'applique.

Il résulte de là qu'ils sont beaucoup moins développés, en général, chez les individus rachitiques, et que cette disposition doit puissamment concourir avec la déformation qui l'accompagne ordinairement, à resserrer les limites de la cavité, dont ils circonscrivent en très-grande partie le contour ; et je crois cette remarque d'autant plus importante, que, dans plusieurs cas de vices du bassin, chez des individus rachitiques dès leur enfance, il m'a semblé que l'affaissement des os au degré où il existait aurait été insuffisant pour créer des difficultés insurmontables, si les os affaissés avaient été d'ailleurs aussi complétement développés qu'ils auraient dû l'être.

Concluons des considérations qui précèdent, que les rétrécissemens du bassin qui résultent des vices de conformation de ce canal, existent souvent, le plus souvent peut-être, dans plusieurs points et dans plusieurs directions à la fois, l'aplatissement, la compression latérale et l'affaissement des parties latérales et antérieures, se combinant de diverses manières.

Que cependant le rétrécissement peut, dans quelques cas, compromettre l'un des détroits isolément, et laisser intactes toutes les autres parties du bassin, ou rendre même l'une d'elles plus ample en apparence.

Que dans les cas où l'un des détroits est seul rétréci, c'est souvent le détroit abdominal, rarement le détroit périnéal, qui est compromis. Que dans le premier cas, c'est ordinairement le diamètre antéro-postérieur et plus rarement l'un des diamètres obliques, ou tous les deux, qui sont diminués d'étendue; que dans le second c'est presque toujours le diamètre transverse qui souffre de cette altération.

Que le bassin peut être rétréci par des déplacemens de la région lombaire, sans que le canal participe d'ailleurs à la déformation.

Que ces rétrécissemens peuvent offrir des nuances et des degrés infinis, depuis une diminution de quelques lignes seulement jusqu'à l'oblitération presque complète de la cavité.

Que la déformation des os par ramollissement, et plus tard par affaissement des points comprimés, n'est pas le seul élément qui concoure au rétrécissement du bassin; qu'il est une autre cause qui vient joindre son action à celle-là, et dont il est nécessaire de tenir compte : c'est l'absence ou plutôt l'arrêt de développement

des os. Cette dernière remarque s'applique surtout aux os coxaux et beaucoup moins au sacrum et au coccix.

Les causes qui produisent les rétrécissemens du bassin par déformation, ont quelque chose d'assez constant et d'assez régulier pour qu'on puisse les ramener, jusqu'à un certain point, à quelques formes générales, à quelques types; et c'est ce que j'ai essayé de faire. Mais il n'en est pas de même des rétrécissemens du bassin par obstruction, c'est-à-dire de ceux qui résultent du développement ou de la descente de tumeurs plus ou moins solides dans l'excavation pelvienne.

De ces tumeurs, les unes appartiennent à la charpente osseuse elle-même : ce sont des exostoses ou des excroissances fibro-cartilagineuses; les autres appartiennent à la portion des organes digestifs ou urinaires qui sont renfermés dans le bassin, ou au tissu cellulaire du canal lui-même : ce sont des calculs contenus dans la vessie, des tumeurs fibreuses ou des kystes développés dans la cloison vesico, uréthro ou recto-vaginale, ou dans le tissu cellulaire qui sépare le rectum de la face antérieure du sacrum.

Quelques-unes appartiennent aux organes générateurs mêmes: ce sont des polypes ou des excroissances carcinomateuses assez volumineuses quelquefois pour remplir presque toute l'excavation pelvienne; enfin, d'autres tumeurs encore peuvent rétrécir le bassin : celles-là sont constituées par les ovaires développés, et obstruant en partie le détroit supérieur, ou descendus dans l'excavation même.

En rappelant quelques exemples de ces rétrécissemens par obstruction, j'atteindrai le but que je me propose pour le moment,

celui de donner une idée de quelques-uns de ces faits pathologiques, et de faire voir qu'ils se prêteraient difficilement à une exposition méthodique et régulière.

Chez une femme dont parle Thierry, et qui succomba peu de temps après son accouchement, on reconnut, à l'ouverture supérieure du bassin, une exostose ayant la forme d'une châtaigne, dont la surface plane regardait les vertèbres, dont la surface convexe était tournée vers le vide du bassin, et y faisait une saillie de neuf lignes à peu près. Cette exostose naissait de la partie moyenne et inférieure de la dernière vertèbre lombaire, et de la partie moyenne et supérieure de la première fausse vertèbre du sacrum; de sorte que le fibro-cartilage qui sépare ces deux vertèbres, et qui se prolongeait au milieu de la tumeur, semblait les diviser en deux moitiés osseuses: l'une supérieure fixée à la dernière vertèbre des lombes, l'autre inférieure adhérente à la première pièce du sacrum.

Le vide compris entre cette exostose et la face postérieure du pubis était à peine de deux pouces et demi.

(J. M. Thierry, *Diss. de partu difficili à malâ conformatione pelvis.*)

Parmi les figures de bassins viciés qui se trouvent dans le *Mémorial des accouchemens* de madame Boivin, on en voit deux qui représentent des végétations osseuses, saillantes dans le bassin. Dans l'un de ces cas les végétations occupaient la face antérieure de chacune des symphyses sacro-iliaques, et réduisaient l'un et l'autre diamètre oblique à trois pouces six lignes; dans l'autre, la tumeur osseuse, beaucoup plus considérable, occupait environ

un tiers du contour du détroit supérieur, et faisait une énorme saillie au-dessus de l'excavation. J'en ai vu de semblables dans les collections anatomiques de la Faculté de médecine de Paris.

Une femme âgée de 25 ans accoucha naturellement, et devint enceinte deux ans après. Quand elle se présenta à l'hospice de la Maternité, le 21 mars 1820, on reconnut que toute l'excavation pelvienne était remplie par une tumeur qui descendait jusqu'à la vulve, et qui offrait une fluctuation assez obscure. En explorant la surface de cette tumeur, on pensa qu'elle était développée entre le vagin et le rectum; le doigt pouvait pénétrer dans le vagin aplati, et arriver jusqu'aux lèvres également aplaties de l'orifice de l'utérus; la tumeur fut ouverte, pendant le travail, il en sortit une quantité considérable de liquide, et elle perdit alors la plus grande partie de son volume. L'accouchement fut laborieux; l'enfant naquit mort; la mère succomba le lendemain. On reconnut à l'autopsie que la tumeur, réduite au volume du poing, et contenant encore du sang coagulé, était placée entre le vagin et le rectum, et s'étendait depuis le périnée jusqu'au détroit abdominal. Ses parois étaient fort épaisses dans quelques points, et plus minces dans d'autres.

Au mois de février 1813, une femme enceinte de sept mois se présente à l'hospice de la Maternité. Son enfant paraissait devoir être mort. Le travail se déclare peu de jours après. On examine cette femme; on sentait à travers les parois du vagin et de la matrice, une tumeur qui paraissait obstruer presque complétement le bassin; elle avait le volume d'une tête de fœtus à terme, et semblait avoir son siège dans la paroi postérieure et latérale du

col de l'utérus. Cette femme accoucha sans secours, parce que son enfant était mort et putréfié, et d'ailleurs non parvenu au terme de la gestation.

Quelques années avant, une tumeur semblable avait été remarquée, dans le même établissement, chez une femme en travail. Cette femme succomba après l'accouchement qui avait été difficile, et on reconnut que la tumeur dure et comme fibro-cartilagineuse était développée dans l'épaisseur même de la lèvre postérieure de l'orifice utérin. (Mme Lachapelle, *Pratique des accouchemens*, t. 3, p. 381.)

Dans un cas fort grave qui s'offrit à l'observation de Burns, le bassin était rempli par une tumeur qui en occupait tout le côté gauche, depuis la symphyse pubienne jusqu'au sacrum, laissant à peine entre elle et le côté droit du bassin assez de place pour que le passage du doigt fût possible. Cette tumeur était dure, irrégulière, et presque immobile; elle adhérait à l'urèthre, au muscle obturateur, au rectum, et au contour du détroit supérieur, qu'elle dépassait un peu au niveau de la cavité cotyloïde gauche.

Une femme de trente-un ans, enceinte pour la sixième fois et en travail, fit mander M. Borrett, de Yarmouth. Celui-ci, en examinant la patiente, reconnut une tumeur charnue qui remplissait presque la cavité du vagin, et permettait cependant au doigt de passer entre elle et la symphyse du pubis, derrière laquelle l'orifice rétréci, modérément dilaté, se reconnaissait assez facilement. L'accouchement exigea des secours, et se termina par l'extraction d'un enfant faible d'abord, mais ranimé plus tard. La mère mourut peu de temps après son accouchement. La tumeur qu'on avait re-

connue pendant le travail était un volumineux polype, naissant par une base assez large de la lèvre postérieure du col utérin, et il pesait trois livres quinze onces. (Merriman *Synopsis*, page 225.)

Une dame de trente-cinq ans, enceinte pour la première fois, commença à éprouver les douleurs de l'enfantement le 27 septembre 1818, M. Hawbury, qui lui donnait des soins, reconnut une tumeur considérable dans le bassin; elle était élastique, appuyée sur le rectum qu'elle comprimait, et si rapprochée de la symphyse du pubis, qu'en la pressant fortement d'avant en arrière, on pouvait à peine produire un espace d'un pouce dans le sens du diamètre antéro-postérieur; on atteignait le col de l'utérus avec une grande difficulté. Comme cette tumeur paraissait contenir un liquide, il fut évacué en partie par une ponction. L'accouchement fut très-laborieux : la malade succomba. On reconnut à l'autopsie que l'ovaire droit était descendu dans l'excavation pelvienne, entre le vagin et le rectum. Il avait acquis le volume d'une vessie de mouton distendue, et contenait une matière graisseuse, au milieu de laquelle se voyait une grande quantité de poils et trois ou quatre dents. (Merriman, *loco cit.*, p. 228.)

Il y a quelques années je fus appelé auprès d'une jeune femme enceinte pour la première fois, et en travail depuis plusieurs heures, sans que la tête de l'enfant, assez élevée, fît aucun progrès. Une tumeur très-solide saillante de six à huit lignes, et placée entre la tête et la face postérieure de la symphyse du pubis était évidemment la cause des difficultés qui existaient. Quelques secours furent nécessaires; je les donnai, et l'accouchement se termina heureusement pour la mère et pour l'enfant. La tumeur n'était

autre chose qu'un calcul contenu dans la vessie, et qui fut extrait quelques mois plus tard. Dans un cas de ce genre cité par Threlfall, le calcul contenu dans la vessie avait 3 pouces 5/8 de longueur, 2 pouces 7/8 de largeur et 2 pouces 1/4 d'épaisseur, il pesait 6 onces 5 gros et 34 grains : la perforation du crâne du fœtus fut jugée nécessaire : la mère fut délivrée heureusement, mais elle succomba quelque temps après. (*The Edinburgh med. and surg. Journ.*, janv. 1829.)

Je pourrais ajouter beaucoup d'autres faits à ceux que je viens d'indiquer ; mais ces derniers me paraissent suffire pour donner une idée des caractères principaux de l'obstruction du bassin. Il me suffira de faire observer à présent que les rétrécissemens du bassin produits par la présence de corps ou de tumeurs, développés ou descendus dans l'excavation, diffèrent de ceux qui résultent de l'affaissement des os, en ce que ces derniers altèrent plus souvent les détroits, et les autres, au contraire, plus souvent l'excavation même ; en ce que le rétrécissement, qui est la conséquence du développement de tumeurs, lorsqu'une fois il existe, est aussi absolu, aussi immuable, que celui qui résulte de l'affaissement des os. La mobilité des tumeurs et les différences nombreuses qu'elles offrent quant à leur consistance, expliquent assez cette différence de résultats.

Afin d'exposer avec clarté et précision les indications que peuvent offrir les différens cas d'étroitesse du bassin, il est néces-

saire de répartir ces cas en plusieurs catégories; et d'abord une distinction fort importante me semble indispensable: c'est celle des rétrécissemens qui résultent de la déformation des os, et de ceux que produisent les tumeurs osseuses ou autres qui peuvent obstruer le bassin. Cette distinction, que j'ai cru nécessaire d'adopter précédemment, m'obligera peut-être à quelques répétitions; mais cet inconvénient sera, je l'espère, suffisamment compensé par l'avantage de donner plus d'exactitude et de netteté à l'exposition des divers moyens dont ces altérations pathologiques réclament l'emploi.

Je m'occuperai donc d'abord des indications qu'offrent les rétrécissemens du bassin par vice de conformation. Ces différens cas peuvent être rapportés à trois divisions ou catégories principales. La première se compose de ceux dans lesquels le rétrécissement du bassin, en quelque point qu'il existe, laisse en ce point encore un vide de trois pouces et demi au moins dans tous les sens.

Dans la seconde, se rangent les cas dans lesquels le rétrécissement du bassin ne laissera au point du canal qu'il occupe, qu'un passage, dont l'un ou plusieurs des diamètres auront trois pouces et demi d'étendue au plus, et deux pouces et demi au moins.

La troisième enfin comprendra tous les cas dans lesquels le rétrécissement sera tel, que les dimensions du vide restant seront au-dessous de deux pouces et demi.

Dans le premier de ces trois cas, l'accouchement spontané, quelquefois facile et d'autres fois pénible, il est vrai, mais heureux en définitive pour la mère et l'enfant, peut et doit même être espéré.

Dans le second cas, le rétrécissement du canal que le fœtus doit franchir est assez notable pour que l'expulsion naturelle de celui-ci soit impossible en général, si les contractions utérines ne sont pas aidées, si la tête du fœtus a acquis et conserve tout le développement qu'elle doit avoir au terme de la vie intrà-utérine, et si, d'un autre côté, le bassin déformé conserve ses dimensions anormales. Dans le troisième cas, la disproportion de volume d'une part, et de capacité de l'autre, est tellement prononcée, que ni l'expulsion naturelle, ni l'extraction de la tête du fœtus, ne sauraient être attendues, en admettant même que le crâne n'ait que tout juste acquis les dimensions qui sont rigoureusement nécessaires à la viabilité du fœtus, que ces dimensions, dans beaucoup de cas du moins, s'il est à terme et mort, aient été diminuées par quelque procédé opératoire, et qu'enfin même le bassin ait été artificiellement agrandi, dans les limites toutefois qui sont compatibles avec la conservation de la mère. Ainsi, l'accouchement naturel, quoique plus lent et plus difficile, est possible, et doit être espéré dans le premier cas. L'expulsion naturelle ou l'extraction du fœtus sont encore possibles par les voies naturelles dans le second, mais à de certaines conditions qui sont le résultat de l'intervention de l'art. Cette expulsion enfin, ou cette extraction, sont complétement impossibles par les voies naturelles dans le troisième, si l'on en excepte quelques cas, que je serai nécessairement conduit à indiquer plus tard.

Je dois ajouter, avant d'aller plus loin, que les principes que je viens d'émettre en exposant l'influence que chacune de ces trois nuances dans la déformation du bassin peut exercer sur la mar-

che du travail de l'enfantement, ne sauraient être considérés comme absolus. Il est en effet une vérité que l'on ne doit jamais perdre de vue, et que j'aurai plus d'une fois occasion de rappeler : c'est que la facilité ou la difficulté de l'expulsion du fœtus, ne dépendent pas seulement des degrés de resserrement du bassin, mais qu'elles sont grandement influencées par le volume de la tête fœtale, son plus ou moins de réductibilité, la force ou la faiblesse des contractions utérines. Par-là s'expliquent les différences notables de résultats, dans des conditions de rétrécissement qui paraissaient être absolument identiques. Les principes que j'ai émis ne sont donc pas admissibles pour tous les cas d'une manière rigoureuse et absolue, parce que des exceptions peu communes, il est vrai, peuvent les démentir ; mais ils sont fondés en général ; ils sont la conséquence de l'observation journalière, et, à ce titre, ils sont de nature à me diriger dans l'éclaircissement de la question qui m'est proposée, et qui naturellement doit se subdiviser en plusieurs autres.

Que convient-il de faire lorsque le rétrécissement du bassin par vice de conformation de ce canal, est tel, qu'il laisse un ou plusieurs diamètres de trois pouces sept lignes d'étendue au moins, et que le fœtus se présente par le sommet?

Je crois qu'en général il convient d'attendre, de se conduire en cette circonstance comme on le ferait dans toutes celles où l'on suppose le bassin bien conformé. Et si les douleurs sont énergiques, si le fœtus se présente dans une situation favorable, si ses dimensions sont celles d'un fœtus ordinaire à terme, et à plus forte raison, si elles leur sont un peu inférieures, il est très-pré-

sumable que l'accouchement se terminera sans conséquences fâcheuses pour la mère et pour le fœtus. Le passage de celui-ci à travers le bassin pourra cependant éprouver quelques retards, exiger des contractions plus violentes et plus rapprochées que celles qu'exige un enfantement ordinaire, parce que les frottemens seront plus nombreux et plus intimes, et par conséquent les résistances plus prononcées; mais le résultat sera probablement favorable, et cette probabilité elle-même sera d'autant plus fondée, que le degré du rétrécissement se rapprochera moins de trois pouces et demi, dernier terme que j'ai posé à cette première catégorie. Attendre, tel est le parti le plus convenable dans les cas qui m'occupent; mais des circonstances assez nombreuses peuvent exiger que cette conduite soit modifiée, et qu'à l'expectation succède une activité nécessaire. Je ne dois naturellement m'occuper ici que de celles qui dépendent du rétrécissement même.

Lorsque les contractions utérines se sont vainement exercées pendant long-temps après la rupture des membranes et l'écoulement d'une partie des eaux de l'amnios, sans que la tête, car j'ai supposé que c'est elle qui se présente, fasse aucun progrès, sans que la portion osseuse de cette région qu'il est bien important de distinguer ici des parties molles dont elle est revêtue, s'avance et chemine en se rapprochant de l'ouverture inférieure: alors l'application du forceps me paraît le seul moyen auquel on puisse avoir recours.

Cette application mérite que je m'y arrête un instant, parce que le moment où l'on doit y recourir demande à être déterminé

avec quelque attention. Lorsque la dilatation de l'orifice de l'utérus étant complète, et aucun obstacle de ce côté ne s'opposant à la descente de la tête dans l'excavation, il est évident que la résistance n'a d'autre cause que le rétrécissement du canal osseux; lorsque plusieurs heures se sont écoulées dans cet état, surtout si la plus grande partie du liquide amniotique est écoulée, et l'utérus par conséquent, presque immédiatement contracté sur le corps du fœtus, le moment est venu d'appliquer le forceps. Je n'ai pu déterminer le nombre d'heures qui devront s'écouler avant l'application du forceps, parce qu'une foule de circonstances peuvent le faire varier; il me suffira de dire pourtant, qu'en général, on peut sans inconvénient différer l'application de l'instrument pendant 6 ou 8 heures, et souvent même davantage, après la manifestation des conditions que je viens d'indiquer; cette application, toutefois, me semble devoir être faite plus tôt, parce qu'une expectation prolongée serait alors dangereuse pour le fœtus, si la tête, rapidement plongée dans l'excavation du bassin, y était arrêtée par la réduction, de l'un des diamètres du détroit périnéal.

D'un autre côté, lorsque sous l'influence d'énergiques contractions utérines, le fœtus est parvenu à franchir un détroit abdominal rétréci, il arrive assez souvent que la tête fœtale parcourt avec une rapidité extrême les autres parties du bassin, et que l'accouchement fort long en commençant, se termine avec une étonnante promptitude; mais il n'est pas fort rare aussi que la contractilité de l'utérus se soit épuisée contre le premier obstacle qui a résisté à ses efforts, et qu'elle suffise à peine ensuite

pour vaincre la résistance naturelle du périnée ou pour surmonter les difficultés que lui oppose le resserrement du détroit inférieur qui coexiste assez souvent comme je l'ai indiqué déjà, avec celui du détroit abdominal. Ces deux chances possibles exigent l'une et l'autre quelques précautions. On a quelquefois vu dans le premier cas, l'enfant être lancé à une certaine distance, et de plus des déchirures du périnée, la rupture du cordon ombilical, le décolement prématuré du placenta, et le renversement de l'utérus, peuvent être la conséquence facheuse de cette extrême précipitation. On devine sans que j'aie besoin de le dire, les soins préventifs que réclament ces accidens possibles : il doit me suffire de les avoir indiqués. Quant au second cas, précisément l'opposé du précédent, celui d'un arrêt dans la marche du travail, il exigera l'application du forceps de préférence à tous les moyens oxytociques.

Que convient-il de faire dans les cas indiqués, lorsque le fœtus se présente par l'extrémité pelvienne? (fesses, pieds ou genoux.)

Si le fœtus se présente par l'extrémité pelvienne, au lieu d'abandonner presqu'entièrement son expulsion aux efforts naturels, comme il convient de le faire lorsque le bassin est bien conformé, il sera nécessaire d'aider par quelques tractions modérées l'impulsion des contractions utérines et abdominales. Ces tractions bien entendues et bien dirigées seront suffisantes dans la majorité des cas pour l'extraction de l'enfant et la terminaison du travail. Mais malheureusement elles ne suffiront pas en général pour lui con-

server la vie. Il peut arriver cependant, et ces cas ne sont pas rares, que les difficultés soient trop grandes, pour qu'à l'aide des tractions convenables dont je viens de parler, exercées sur le tronc du fœtus déjà sorti, on parvienne à les vaincre. Ces cas rentrent alors pour les indications dans la seconde catégorie, dont je dois m'occuper plus tard; je n'ajouterai donc rien à ce que j'ai dit afin d'éviter des répétitions inutiles.

Que convient-il de faire, quand le fœtus dans les cas de rétrécissement qui m'occupent en ce moment, se présente par la face au détroit supérieur?

Les travaux de Boër et ceux de madame Lachapelle, ont mis hors de doute la possibilité de l'accouchement spontané et heureux dans les présentations de la face, sans qu'il soit nécessaire pour expliquer ce fait, d'invoquer des conditions de petitesse d'une part, et d'excès de capacité de l'autre. Les accouchemens par la face ont donc été rangés avec raison parmi les accouchemens naturels, en sorte qu'au premier abord, la question que je viens de poser et que je veux résoudre, peut sembler inutile, ou du moins résolue par ce que j'ai dit de ce qu'il convient de faire dans les présentations du sommet. Ce serait pourtant une erreur de croire qu'il en soit nécessairement ainsi; tout en admettant que l'accouchement par la face, n'exige ordinairement aucun des secours que l'on croyait autrefois indispensables au salut de la mère ou de l'enfant, personne ne saurait nier que la vie de ce dernier ne se trouve beaucoup plus exposée quand il tend à s'engager

par cette région de la tête dans l'excavation du bassin, que quand il s'y présente d'abord par le sommet. Des faits irrécusables démontrent cette vérité ; mais le désavantage des présentations de la face sur celles du crâne, n'est pas le seul qui mérite de fixer notre attention. Je ne crois pas que la tête, étendue comme elle l'est dans les présentations de la face, n'éprouve, pour traverser un bassin modérément rétréci, que rigoureusement les mêmes difficultés qu'elle éprouverait pour le franchir, si elle s'y présentait fléchie. Des accouchemens observés chez les mêmes femmes, le fœtus s'étant présenté chez elles par le sommet, dans un ou plusieurs accouchemens, et par la face dans des accouchemens subséquens, ont offert, quoique toutes les autres circonstances me parussent aussi favorables d'ailleurs, des différences assez tranchées dans la longueur du travail et la lenteur de l'engagement de la tête, pour justifier jusqu'à un certain point, les doutes que je propose. D'un autre côté, il est certain que quand l'accouchement exige l'intervention de l'art, et que celle-ci consiste dans l'application du forceps, il est certain, dis-je, que cette application offre pour l'accoucheur, beaucoup plus de difficultés; pour l'enfant et pour la mère, beaucoup plus de dangers dans les présentations de la face, que dans celles du sommet. —

Il résulte de ce qui précède, que si la prolongation du travail est beaucoup plus à craindre pour l'enfant qui se présente par la face, que pour celui qui se présente par le crâne; que si dans la première de ces deux conditions, la tête exige pour son passage un peu plus de place que dans l'autre, que si la nécessité de terminer l'accouchement est plus probable et en même temps plus à crain-

dre pour l'enfant qui tend à s'engager par la face dans un détroit resserré ; le conseil de redresser la tête, et de ramener le synciput au détroit supérieur, conseil inexécutable, et avec raison d'ailleurs abandonné, dans un grand nombre de cas; devrait être réhabilité et suivi dans ceux de resserrement du bassin dont je m'occupe à présent, toutes les fois du moins que ce serait possible. Quand on serait parvenu à fléchir la tête, et à ramener le sommet au lieu qu'occupait la face, on aurait alors placé le fœtus dans les conditions que j'ai précédemment étudiées je n'ai plus rien à ajouter à cet égard. Mais si les tentatives dont je viens de parler étaient infructueuses, il faudrait attendre et se décider à l'emploi du forceps un peu plus tôt peut-être qu'on ne l'aurait fait dans une présentation du sommet, et cela dans l'intérêt de l'enfant, dont la vie est beaucoup plus compromise.

- Que convient-il de faire quand le fœtus se présente par une des régions de son grand diamètre à l'entrée d'un bassin rétréci au degré que j'ai indiqué?

En parlant il n'y a qu'un instant des difficultés qu'on éprouve, lorsque, dans le cas dont je m'occupe, le fœtus s'offre par son extrémité pelvienne au détroit supérieur, et en signalant les dangers qui accompagnent l'extraction, assez souvent pénible, de la tête, j'ai dû faire comprendre que si les présentations du pelvis sont dans les circonstances, même les plus favorables, beaucoup moins avantageuses que les présentations du sommet, elles sont beaucoup plus fâcheuses encore dans les rétrécissemens, même

légers, du bassin. La plus simple réflexion conduit donc à conclure que, s'il était possible dans des cas semblables, de faire la version du fœtus sur la tête, au lieu de faire la version sur les pieds, c'est au premier de ces deux partis qu'il faudrait s'arrêter, et je n'hésite pas à dire, que c'est essentiellement dans ce cas que l'ancien précepte d'Hippocrate mériterait d'être suivi. Un fait très-remarquable sous plus d'un rapport, et que je rappellerai encore dans une autre circonstance, vient à l'appui de mon opinion.

Au mois d'avril 1805, Merriman fut appelé auprès d'une dame dont le bassin était fort étroit (*very narrow*), et qui parvenue au huitième mois de sa grossesse éprouvait les douleurs de l'enfantement. Les membranes s'étaient rompues prématurément, et le bras de l'enfant était sorti quand Merriman arriva près de la malade. Il eut d'abord l'intention de changer la situation du fœtus en ramenant les pieds au détroit supérieur, mais des difficultés assez grandes l'en ayant détourné, il reconnut qu'il pourrait réduire le bras sorti, et qu'il lui serait possible de ramener la tête au détroit abdominal, il se décida pour ce dernier parti, et il l'exécuta sans peine; le bras fut repoussé dans la cavité utérine à deux heures de l'après-midi, les douleurs se suspendirent jusqu'à six heures, elles devinrent alors assez énergiques, et l'accouchement se termina entre huit et neuf heures du soir; l'enfant naquit bien portant; c'était le seul de six dont cette dame était accouchée qui fût né vivant. Merriman ajoute qu'un fait semblable lui a été communiqué par M. Newby.

Si cependant la version sur la tête offrait, dans ce cas, de grandes difficultés, ou était impossible, il faudrait bien se décider à faire

la version sur les pieds, et se comporter ensuite comme si le fœtus se fût primitivement et spontanément engagé par l'extrémité pelvienne.

Que convient-il de faire dans les cas de rétrécissement du bassin jusqu'à trois pouces et demi, quand le fœtus est mort?

Si j'ai exprimé l'opinion que, dans la plupart des cas, le fœtus étant parvenu au terme de son développement, peut, à l'aide de conditions favorables, traverser un bassin dont les diamètres conservent au moins trois pouces et demi d'étendue, et qu'alors il convient d'attendre une issue qui, pour être un peu plus tardive, sera pourtant en général favorable, je suis presque dispensé de m'expliquer sur ce qu'il convient de faire lorsque le salut du fœtus ne doit plus nous préoccuper, et lorsque sa tête, ordinairement ramollie et très-réductible, se prête beaucoup plus que dans toute autre circonstance à une expulsion facile. L'expectation, ou du moins une conduite analogue à celle que l'on tiendrait si le bassin était bien conformé, convient donc seule ici soit que le fœtus se présente par le sommet, par la face ou par l'extrémité pelvienne. Une présentation du tronc, dans ce cas, devrait-elle modifier la conduite de l'accoucheur? Je dois m'expliquer à cet égard.

Lorsque je conseillais, il n'y a qu'un instant, de tenter dans les présentations du tronc et le fœtus étant vivant, la réduction de la tête fœtale au détroit supérieur rétréci dans les limites que j'ai posées, ce conseil regardait essentiellement le fœtus, car il était

surtout donné en vue de sa conservation. Le même intérêt ne saurait nous diriger dans le cas actuel. La version sur les pieds par cela seul qu'elle est plus facile en général, sera le moyen auquel il conviendra de recourir ; et si elle est impossible, ce qui peut arriver, la conduite que l'accoucheur devra tenir sera celle qu'il tiendrait dans toute autre circonstance. Je ferai pourtant observer que si dans la crainte d'un plus grand mal, ou dans l'impossibilité absolue de faire mieux, l'on peut quelquefois attendre ou espérer l'expulsion du fœtus par le mécanisme de l'évolution spontanée lorsque le bassin est bien conformé; cette espérance serait moins fondée peut-être lorsqu'il est rétréci, et cette chance, heureuse encore dans des cas malheureux, dispensera rarement dans celui-ci de recourir à un autre moyen, à l'embryotomie par exemple.

Que convient-il de faire dans les cas d'étroitesse du bassin, dans lesquels les diamètres les plus courts de ce canal conservent encore trois pouces et demi d'étendue au plus, et deux pouces sept lignes au moins?

Ici se présentent les questions les plus délicates et les plus ardues de la chirurgie obstétricale, parce qu'indépendamment des difficultés qui résultent de l'imperfection réelle et inévitable de nos moyens d'investigation, de l'ignorance forcée dans laquelle nous sommes de plusieurs élémens qui devraient éclairer notre jugement et motiver notre conduite, indépendamment d'ailleurs des difficultés toutes physiques qui trop souvent compromettent

les résultats de nos déterminations, ce point de l'art vient encore se compliquer de tous les embarras et de tous les scrupules d'une question de conscience et de morale, d'une sorte de choix à faire entre deux existences qui doivent être également respectées. De là résulte, il faut bien le dire, un problème fort souvent insoluble, celui de concilier au même degré des intérêts que la force des choses rend parfois absolument inconciliables ; de là les irrésolutions, demi-mesures, les concessions dangereuses faites au désir de protéger également les deux êtres dont la vie est en péril, de là, enfin, les inconséquences pour ainsi dire forcées, et si fréquemment préjudiciables aux deux individus. Je n'ai certes pas la prétention de répandre de vives lumières sur une matière aussi obscure et aussi litigieuse, et de tracer aux accoucheurs, une règle de conduite qui puisse les préserver de ces écueils. Il faudrait pouvoir se dégager des embarras inextricables de la question de morale et de conscience dont je parlais tout à l'heure, et encore n'aurait-on levé qu'une partie des difficultés. Je serai sans doute naturellement conduit à revenir sur ce sujet; je le quitte donc pour aborder la question telle qu'elle m'a été présentée, et dans ce cas, comme dans le précédent, je crois devoir la subdiviser. Une grande régularité dans la marche que je vais adopter pour cette discussion, n'est pas, je crois, d'une haute importance; je la sacrifie donc au besoin d'être clair et bien compris.

Que convient-il de faire dans les cas d'étroitesse du bassin dont j'ai placé la première limite à trois pouces et demi, et la dernière

à deux pouces sept lignes, lorsqu'on a toutes raisons de penser que le fœtus a cessé de vivre avant le terme de la grossesse et l'apparition des premières douleurs, ou qu'il a succombé pendant le travail?

Si les contractions utérines et abdominales sont insuffisantes, et avant même qu'elles aient été assez prolongées pour compromettre la santé ultérieure de la mère, il faut recourir à la perforation du crâne, à son évacuation, et immédiatement, si on le juge nécessaire, à l'extraction du fœtus par des moyens que le temps me permettra, j'espère, d'indiquer un peu plus tard.

Que convient-il de faire dans les mêmes cas d'étroitesse lorsque les membranes étant depuis long-temps rompues, et les eaux écoulées en très-grande partie ou en totalité, les contractions utérines se sont exercées uniquement sur le corps du fœtus, ou lorsque des tentatives d'extraction ont été faites sans succès; lorsqu'en un mot la vie de l'enfant peut avoir été compromise, soit par la longueur du travail, soit par l'intervention infructueuse de l'art?

Quel que soit, dans ce cas, le degré d'étroitesse entre les deux limites que j'ai posées, je n'hésite pas à déclarer que si l'application du forceps a été faite avec soin, et assez souvent réitérée pour qu'il n'y ait aucun motif d'espérer que de nouveaux essais seraient plus fructueux, si des tractions à l'aide de cet instrument ont été exercées jusqu'au degré de force qui est compatible avec l'intérêt

de la mère, et n'ont été suivies d'aucun résultat, la diminution du volume de la tête fœtale par la craniotomie, qu'elle se soit présentée la première, ou qu'elle ait suivi le tronc, me paraît le seul moyen auquel on doit avoir recours. Cette opinion n'étant pas rigoureusement d'accord peut-être avec celle de la plupart des accoucheurs qui veulent, pour en venir à cette extrémité, avoir acquis la certitude de la mort du fœtus, elle mérite que je m'y arrête, et que je la justifie.

Il est d'abord nécessaire de rappeler que, dans le cas que j'ai supposé, il n'y a de choix à faire, si l'on ne juge pas convenable de recourir à la craniotomie, qu'entre la section de la symphyse ou l'opération césarienne, entre l'agrandissement des voies naturelles trop étroites, ou la création d'une voie artificielle, mais, dans tous les cas, entre deux opérations graves, qui l'une et l'autre compromettent certainement les jours, ou tout au moins la santé future de la mère.

Si l'on considére à présent que l'opération césarienne ne saurait être raisonnablement admise dans ce cas, même par ceux qui pensent qu'alors l'intérêt du fœtus commande une opération sur la mère, parce que l'ampliation du bassin par la section de la symphyse laisse encore des ressources; et si l'on réfléchit que ces ressources cependant ne sont pas telles qu'elles puissent assurer la naissance de l'enfant, sans que de nouveaux efforts de traction soient nécessaires, sans que de nouvelles tentatives viennent encore diminuer les chances de sa conservation, on arrivera, je pense, à reconnaître qu'en pratiquant une grave opération sur la mère, on compromet alors ou sa santé ou sa vie, pour un résultat extrême-

ment incertain. Il est d'ailleurs un autre motif sur lequel mon opinion se fonde : c'est la nature même des signes par lesquels on s'éclaire définitivement sur la persistance de la vie fœtale, et qui conduisent à la détermination que je combats. Je vais m'expliquer à cet égard.

Pendant long-temps on n'a pu juger de la persistance de la vie du fœtus pendant le travail, que par l'absence des signes qui annoncent sa mort, ou par celle des circonstances qui la produisent ordinairement. On n'avait alors que des présomptions de sa vie, et ces présomptions plus ou moins fondées, ont souvent suffi pour diriger les accoucheurs dans des cas difficiles, et pour les engager à tracer formellement des règles de conduite dans des circonstances délicates; elles ont par conséquent provoqué beaucoup de déterminations imprudentes et de conseils hasardés et dangereux. Depuis que l'auscultation a été appliquée à l'étude de la grossesse, on a dû croire, et beaucoup d'accoucheurs pensent certainement, qu'il suffit d'entendre les pulsations du cœur du fœtus pour être assuré de sa vie, ce qui ne saurait être contesté, et pour être justifié de pratiquer dans l'intérêt de l'enfant, une opération grave sur la mère, ce qui est tout-à-fait contestable.

Ce qu'il importerait de savoir, quand après un travail qui a duré long-temps sans résultat, on se décide à prendre une résolution qui peut être préjudiciable à la mère ou au fœtus, qui entraînera nécessairement le sacrifice de l'un, ou compromettra la vie ou la santé de l'autre; ce qu'il importerait de savoir, ce n'est pas si le fœtus vit encore de sa vie fœtale, mais si déjà la longueur du travail, ou la force des contractions, ou les tenta-

tives d'extraction, s'il y en a eu de faites, n'ont pas détruit quelques-unes des conditions qui seront prochainement nécessaires à l'établissement et au maintien de la vie extérieure. Je n'ai pas le temps, et ce ne serait peut-être pas le lieu d'examiner physiologiquement la différence qui peut exister entre la source de laquelle dérive le principe des mouvemens du cœur, et celle dans laquelle les organes importans qui entrent en action aussitôt après la naissance, puisent le principe de leurs mouvemens : c'est une question que j'ai examinée ailleurs, mais il me suffira de dire pour le moment que les conditions, quelles qu'elles soient, qui sont suffisantes pour les uns, ne le sont certainement pas pour les autres, et d'en rappeler quelques preuves que j'ai citées dans un autre travail.

Il y a plusieurs années, après avoir examiné à l'hospice de la Maternité une femme en travail, et dont les douleurs se prolongeaient inutilement, et après avoir reconnu, à l'aide du stéthoscope, les doubles battemens forts et réguliers, nous pensâmes, non dans l'intérêt de l'enfant, dont le sort ne nous paraissait pas incertain, mais dans celui de la mère que nous trouvions en danger, qu'il convenait de terminer l'accouchement. La tête du fœtus n'avait plus qu'à parcourir une petite portion du périnée et à franchir la vulve : nous appliquâmes le forceps. Quoique l'enfant fût extrait promptement et presque sans efforts, les mouvemens respiratoires ne s'établirent qu'avec une lenteur et une difficulté dont nous fûmes surpris.

Quelques jours après, une circonstance parfaitement analogue se présenta : rassurés, comme nous l'étions précédemment, par l'intégrité et l'énergie de la circulation fœtale que nous enten-

dîmes très-distinctement à l'aide du cylindre, nous nous attendions à voir naître un enfant plein de force et de vie; mais nous obtînmes le même résultat qu'auparavant, nous eûmes les mêmes craintes de ne pas voir l'enfant survivre à sa naissance.

Il y a un mois à peu près, qu'arrivé près d'une femme, chez laquelle le travail de l'enfantement s'était prolongé sans résultat, nous trouvâmes la tête du fœtus ayant franchi l'orifice utérin, profondément engagée dans l'excavation du bassin, et présentant les apparences d'une tuméfaction considérable. Des circonstances, qu'il serait trop long d'exposer avaient empêché qu'on ne terminât l'accouchement. Le stéthoscope nous fit distinctement reconnaître les pulsations du cœur; elles nous parurent avoir leur degré ordinaire de fréquence et de force; mais instruit cette fois par l'expérience, nous nous disposions à l'application du forceps, lorsque les douleurs se ranimant d'elles-mêmes, le travail, déjà fort avancé, se termina assez rapidement : une ou deux inspirations faibles et incomplètes se manifestèrent immédiatement après la naissance; mais malgré tous les soins que nous donnâmes à l'enfant nous ne pûmes réussir à le ranimer, les pulsations du cœur, dernier vestige de la vie fœtale, persistèrent pendant plus d'un quart d'heure, en s'affaiblissant et en s'éloignant par degrés; elles s'éteignirent complétement à cette époque.

Le lendemain même de ce jour, nous vîmes à la salle des accouchemens une femme dans une situation également fâcheuse : la rupture prématurée des membranes, l'écoulement presque total du liquide amniotique, et une extrême rigidité de l'orifice utérin, avaient inévitablement compromis déjà le sort du fœtus, en pro-

longeant une compression d'autant plus nuisible qu'elle était presque immédiate. La tête pénétra cependant dans l'excavation, et se rapprocha bientôt près de la vulve. Les contractions utérines s'affaiblissant alors, nous eûmes recours au forceps, après avoir entendu et fait entendre à plusieurs assistans les battemens du cœur très-distincts, mais un peu plus précipités qu'ils ne le sont en général. Les branches de l'instrument ayant, par leur présence, ranimé les douleurs utérines, nous nous contentâmes d'exercer quelques tractions fort légères; de minute en minute nous appliquâmes le stéthoscope pour reconnaître si les battemens du cœur s'affaiblissaient; nous les entendîmes clairement jusqu'au moment même où la tête franchit la vulve. La section du cordon ombilical fut immédiatement suivie de deux jets de sang qui annonçaient encore l'impulsion du cœur; aucun effort d'inspiration n'eut lieu cependant; les battemens du cœur et ceux de la racine du cordon ombilical se firent remarquer pendant 10 ou 12 minutes encore, et s'éteignirent graduellement.

L'autopsie confirma chez les deux fœtus dont nous venons de parler, les soupçons qu'avaient fait naître les circonstances mêmes du travail, et qu'avaient presque justifiées l'apparence extérieure de la face et du cuir chevelu. L'appareil vasculaire cérébral, surtout dans sa portion veineuse, était rempli d'une énorme quantité de sang. Chaque section, de quelque point que ce fût de la substance du cerveau, laissait suinter du sang par gouttelettes innombrables; mais nous n'aperçûmes nulle part la plus légère trace d'épanchement. Les poumons et le foie surtout offraient les mêmes apparences de congestion sanguine.

J'ai cru devoir rappeler ces faits parce qu'ils me semblent d'une haute importance dans la question qui m'occupe. Ils me paraissent en effet de nature à justifier les doutes sur la viabilité du fœtus, qui doivent encore rester dans l'esprit après un travail pénible, malgré la persistance de la vie fœtale, et à démontrer que les battemens du cœur, même distinctement entendus dans les conditions spéciales que j'ai supposées, ne suffiraient nullement pour pratiquer une grave opération sur la mère. Or, comme il faut pourtant prendre une détermination, et sortir de la situation difficile dans laquelle on se trouve engagé, je ne vois d'autre parti raisonnable à choisir que celui que j'ai indiqué.

Ainsi, lorsque le bassin rétréci n'offre qu'un passage de trois pouces et demi au plus, et de deux pouces sept lignes au moins, si les membranes sont depuis long-temps rompues et les eaux écoulées, si les contractions ont été énergiques, ou si des tentatives d'extraction ont été faites sans résultat, si, en un mot, la viabilité de l'enfant peut avoir été déjà compromise, la diminution du volume de la tête par la craniotomie, et son extraction ensuite par des moyens convenables, sont, à mon avis, les seuls moyens auxquels il convienne d'avoir recours. Je crois que cette opinion est justifiée par d'assez nombreux, et d'assez puissans motifs. Ce que je dirai plus tard de l'accouchement prématuré artificiel, achevera sans doute de la rendre tout-à-fait acceptable.

Que convient-il de faire, lorsque le bassin étant rétréci dans les limites que j'ai posées, la grossesse est parvenue à son terme, et le travail commencé depuis peu, lorsque les membranes sont en-

core intactes ou tout récemment rompues, lorsqu'enfin il y a toute raison de penser que l'enfant est vivant?

Pour répondre à cette question, qu'il me soit permis de subdiviser encore les cas que j'ai supposés, en deux nuances nécessaires à l'exposition nette et précise des indications : 1° ou bien le bassin rétréci laisse dans la direction de son plus petit diamètre une étendue de 3 pouces et demi, comme première limite, et de trois pouces au plus comme dernière; 2° ou bien il ne laisse qu'une étendue de trois pouces au plus, et de deux pouces sept lignes au moins.

Dans le premier cas, l'application du forceps, quand la dilatation, ou la dilatabilité de l'orifice de l'utérus la rend praticable sans distension trop violente et sans déchirure, sera le moyen auquel il conviendra de recourir. Si des tractions faites avec la réserve que réclament nécessairement la délicatesse et l'importance des organes qui tapissent la surface interne du bassin, ne produisent aucun résultat, on y renoncera et l'on attendra encore que de nouvelles contractions se soient exercées, si elles sont infructueuses on réitérera l'application du forceps, et si l'on n'obtient rien encore de cette seconde opération, on se trouvera alors dans les conditions que j'ai précédemment supposées. Et comme la viabilité de l'enfant sera devenue incertaine, la même conduite devra être tenue, c'est-à-dire que la perforation du crâne et la réduction de son volume par l'évacuation du cerveau, seront les seules ressources.

Dans le second cas les dimensions du bassin ne permettant pas

d'espérer aucun résultat heureux de l'application du forceps, et celle-ci pouvant compromettre d'ailleurs la vie du fœtus, il sera convenable de s'en abstenir, et de prendre, quand toutes les chances sont favorables à l'enfant, le parti de pratiquer la section de la symphyse. On sait que neuf à douze lignes peuvent être ajoutées par cette opération aux diamètres sacro-pubiens, lorsqu'ils sont raccourcis, et plus encore aux diamètres transverses et obliques, on pourra donc espérer de ramener le pelvis par ce moyen à des conditions assez favorables pour permettre la sortie, ou l'extraction d'un fœtus vivant, sans exposer la mère aux chances plus graves de l'opération césarienne. Il est certain que la symphyséotomie n'assure d'une manière positive, ni la vie de l'enfant, ni celle de la mère. Ma mission ici n'est pas de la préconiser, mais bien de déterminer parmi les cas fâcheux qui se rattachent à la question que le sort m'a dévolue, et pour lesquels l'intervention de l'art devient indispensable, ceux dans lesquels cette opération se trouve indiquée.

Que convient-il de faire lorsque le bassin se trouve rétréci au point où je l'ai supposé et que le fœtus se présente par l'extrémité pelvienne?

Dans ces cas très-graves, il faut attendre la sortie du tronc ou l'aider si les contractions utérines paraissent insuffisantes, diriger convenablement la tête quand elle se présentera au point du bassin qui est rétréci, exercer des tractions convenables, et si elles sont infructueuses, recourir au forceps quand l'obstacle existe au détroit périnéal, à la perforation du crâne quand il existe au détroit supérieur.

Que convient-il de faire dans les cas d'étroitesse du bassin qui sont l'objet de la discussion actuelle, lorsque la grossesse n'a pas encore dépassé la fin du sixième mois, que la femme se porte bien, et que l'enfant est vivant?

Si la femme est enceinte pour la première fois, il conviendra d'attendre que sa grossesse soit parvenue à son terme, que le travail se soit déclaré, et elle se trouvera alors dans les conditions que j'ai étudiées tout à l'heure. La craniotomie et l'extraction du fœtus s'il est mort, l'application du forceps ou la symphyséotomie s'il est vivant : tels sont les moyens qui seront à notre disposition. Si au contraire cette femme a déjà eu un ou plusieurs enfans, si le travail a été très-laborieux, s'il a exigé que le crâne des enfans fût ouvert pour qu'ils pussent être extraits, ou si même la prolongation nécessaire des efforts utérins, et les tentatives d'extraction jugées indispensables, ont chaque fois coûté la vie aux fœtus, et mis en danger la santé de la mère; si enfin le bassin offre au moins deux pouces neuf lignes d'ouverture dans le point le plus étroit, il conviendra, je pense, d'avoir alors recours à l'accouchement prématuré artificiel.

La convenance et l'utilité de cette opération, qui n'est plus nouvelle en Angleterre, en Allemagne ou en Italie, mais qui l'est encore en France, ajoutent un certain intérêt à la solution de la question qui m'est proposée. Je vais donc m'attacher à examiner ce sujet avec toute l'attention qu'il réclame. La question de l'accouchement prématuré artificiel, comprend un grand nombre de points qui méritent d'être étudiés successivement. Voyons

d'abord jusqu'à quel point est solide le principe sur lequel repose la première idée de cette opération, et le conseil de la pratiquer.

Parmi les causes très-diverses qui produisent de remarquables différences dans la facilité ou la difficulté de la parturition, il en est une qui n'a pu échapper à l'attention de presque tous les accoucheurs, c'est la différence qui existe entre le volume des divers enfans, et cette différence, déjà très-notable, même chez une femme bien conformée, lorsqu'on l'observe pendant plusieurs couches successives, est bien plus frappante encore chez celles dont le bassin est au-dessous des dimensions normales.

Smellie rapporte que chez une femme dont le bassin ne pouvait pas avoir plus de deux pouces et demi d'étendue au détroit abdominal dans la direction du diamètre sacro-pubien, et qui était trois fois accouchée d'enfans morts, il n'avait pu réussir qu'à en sauver un quatrième, parce que sa tête était d'un petit volume. Il ajoute qu'une autre qui se trouvait dans des conditions aussi fâcheuses, et qui, cinq fois accouchée déjà, n'avait eu que des enfans morts, en eut depuis un sixième vivant, parce que cette fois elle était accouchée au huitième mois, et d'un enfant très-petit ; chez une troisième qui avait été rachitique pendant ses deux ou trois premières années, et qui était accouchée déjà trois fois avec beaucoup de peine et sans qu'aucun de ses enfans eût pu survivre au travail, une diarrhée abondante ayant provoqué les douleurs prématurées de l'enfantement au septième mois; l'enfant cette fois naquit en vie.

Le professeur Fodéré rapporte l'observation suivante : Une dame qui avait été délivrée trois fois au moyen de la perforation

du crâne, accoucha prématurément la quatrième fois, à la fin du septième mois, par suite d'une grande frayeur; l'enfant survécut, et en 1828 il avait atteint sa dix-huitième année. L'accident était arrivé en Hollande, et l'accoucheur avait conseillé à la dame de se faire toujours délivrer à sept mois, si elle redevenait enceinte. Ce conseil ne fut pas suivi; dans une cinquième, sixième, septième et huitième grossesse, on fut toujours obligé d'en venir à la perforation du crâne, et la dame succomba à son neuvième accouchement.

Je rappellerai un fait curieux sous d'autres rapports, que j'ai emprunté à Merriman : c'est celui d'une dame dont le bassin était fort étroit, et qui, après être accouchée cinq fois déjà d'enfans qui avaient succombé pendant le travail, accoucha la sixième fois à huit mois de grossesse, et mit au monde un enfant vivant. M. Newby avait rapporté à Merriman un fait analogue, et il en existe un autre dans le *Spence's System of Midwifery*, que je n'ai pu consulter.

Au reste, ces faits doivent être assez communs dans la pratique; et s'ils ne le sont pas davantage dans la science, c'est qu'on n'a pas attaché à leur observation l'intérêt et l'importance que la question de l'accouchement provoqué leur donnent aujourd'hui. Toutefois, ceux que je viens de citer suffisent bien pour démontrer une vérité que la raison seule devait faire pressentir : c'est que l'accouchement spontané, avant terme, est favorable aux femmes dont le bassin déformé ne peut être traversé par un fœtus parvenu au terme de son développement, qu'avec de très-grandes difficultés, et qu'après que celui-ci a succombé à la longueur du travail ou aux opérations qui ont été jugées indispensables pour l'extraire.

La différence qui existe entre le volume de la tête fœtale dans ces deux circonstances, suffit-elle pour expliquer la différence des résultats? Le tableau suivant suffira pour résoudre cette seconde question. J'aurai sans doute occasion de le rappeler plus tard pour l'examen et l'éclaircissement de quelques autres points.

R—l 7 mois. 30e semaine.		
Bi pariétal.	2 pouces	9 l.
Occipito front.	3	4
L—l 7 mois.		
Bi pariétal.	2	
Occipito front.	3	1
C—d 7 mois.		
Bi pariétal.	2	1
Occipito front.	3	
S—t 7 mois.		
Bi pariétal.	2	8
Occipito front.	3	5
D—y 7 mois.		
Bi pariétal.	2	9
Occipito front.	3	
M—l 7 mois.		
Bi pariétal.	3	
Occipito front.	3	3
M—l 7 mois.		
Bi pariétal.	2	9
Occipito front.	4	
B—e 7 mois.		
Bi pariétal.	3	
Occipito front.	3	6
(Jumeaux) D—n 7 mois.		
Bi pariétal.	2	6
Occipito front.	3	4
—		
Bi pariétal.	2	8
Occipito front.	3	2
G—t 7 mois 1/2. 32e sem. 1/2.		
Bi pariétal.	3	1
Occipito front.	3	8
D—t 7 mois et demi.		
Bi pariétal.	3	
Occipito front.	3	2

B—l 8 mois. 34e sem. 1/2.		
Bi pariétal.	3	
Occipito front.	4	1
F—e 8 mois.		
Bi pariétal.	3	2
Occipito front.	4	
V—n 8 mois.		
Bi pariétal.	2	11
Occipito front.	3	10
V—n 8 mois.		
Bi pariétal.	2	8
Occipito front.	3	5
B—n 8 mois.		
Bi pariétal.	3	
Occipito front.	3	5
P—d 8 mois.		
Bi pariétal.	3	
Occipito front.	3	6
D—d 8 mois.		
Bi pariétal.	3	
Occipito front.	4	
T—t 8 mois.		
Bi pariétal.	3	3
Occipito front.	4	
(Jumeaux) L—t 8 mois.		
Bi pariétal.	3	3
Occipito front.	3	8 1/2
—		
Bi pariétal.	3	2
Occipito front.	3	6
C—s 8 mois.		
Bi pariétal.	3	3
Occipito front.	3	6
M—n 8 mois.		
Bi pariétal.	3	4
Occipito front.	4	2

G—n à terme.		
Bi pariétal.	3	7
Occipito front.	4	5
C—l à terme.		
Bi pariétal.	3	6
Occipito front.	4	5
Z—n à terme.		
Bi pariétal.	3	5
Occipito front.	4	2
T—r à terme.		
Bi pariétal.	3	5
Occipito front.	4	2
L—r à terme.		
Bi pariétal.	3	3
Occipito front.	4	1
B—u à terme.		
Bi pariétal.	3	4
Occipito front.	4	11
Z—l à terme.		
Bi pariétal.	3	6
Occipito front.	4	6
B—n à terme.		
Bi pariétal.	3	10
Occipito front.	4	3 1/2
T—n à terme.		
Bi pariétal.	3	5
Occipito front.	4	1
H—y à terme.		
Bi pariétal.	3	7
Occipito front.	4	3
G—d à terme.		
Bi pariétal.	3	6
Occipito front.	4	5
C—l à terme.		
Bi pariétal.	3	4
Occipito front.	4	

C—n 7 mois et demi.
Bi pariétal. 2 3
Occipito front. 3 1
B—n 7 mois et demi.
Bi pariétal. 3 1
Occipito front. 3 5
A—l 7 mois et demi.
Bi pariétal. 2 3
Occipito front. 2 8
A—t 7 mois et demi.
Bi pariétal. 2 5
Occipito front. 2 7
B—r 7 mois et demi.
Bi pariétal. 3 1
Occipito front. 3 11
C—n 7 mois et demi.
Bi pariétal. 3
Occipito front. 3 6
D—n 7 mois et demi.
Bi pariétal. 2 11
Occipito front. 3 9
T—e 7 mois et demi.
Bi pariétal. 3
Occipito front. 3 4
B—t 7 mois et demi.
Bi pariétal. 3
Occipito front. 4
A—d 7 mois et demi.
Bi pariétal. 3 3
Occipiio front. 4
C—n 7 mois et demi.
Bi pariétal. 2 9
Occipito front. 3 10
N—l 7 mois et demi.
Bi pariétal. 3
Occipito front. 3 5
C—r 7 mois et demi.
Bi pariétal. 2 9
Occipito front. 3 5
(Jumeaux) G—e 7 mois et demi.
Bi pariétal. 2 6
Occipito front. 3 6
Bi pariétal. 2 3
Occipito front. 3 5

H—y 8 mois.
Bi pariétal. 3 2
Occipito front. 4 1
M—t 8 mois.
Bi pariétal. 3
Occipito front. 3 3
T—t 8 mois.
Bi pariétal. 3 1
Occipito front. 3 9
A—e 8 mois.
Bi pariétal. 2 10
Occipito front. 3 10
A—t 8 mois.
Bi pariétal. 3 3
Occipito front. 3 9
R—t 8 mois.
Bi pariétal. 3
Occipito front. 4
L—y 8 mois.
Bi pariétal. 3
Occipito front. 3 6
S—t 8 mois.
Bi pariétal. 2 11
Occipito front. 3 10
B—t 8 mois 1/2. 36e sem.
Bi pariétal. 3
Occipito front. 3 4
M—l 8 mois et demi.
Bi pariétal. 3 3
Occipito front. 4 1
R—u 8 mois et demi.
Bi pariétal. 2 7
Occipito front. 3 6
E—r 8 mois et demi.
Bi pariétal. 3 1
Occipito front. 4
B—d 8 mois et demi.
Bi pariétal. 3 2
Occipito front. 4

B—s à terme.
Bi pariétal. 3 7
Occipito front. 4 9
B—t à terme.
Bi pariétal. 3 6
Occipito front. 4 3
Z—y à terme.
Bi pariétal. 3 4
Occipito front. 4 6
L—z à terme.
Bi pariétal. 3 6
Occipito front. 4 6
C—r à terme.
Bi pariétal. 3 6
Occipito front. 4 6
G—n à terme.
Bi pariétal. 3 6
Occipito front. 4 5
T—l à terme.
Bi pariétal. 3 3
Occipito front. 4 5
L—t à terme.
Bi pariétal. 3 5
Occipito front. 4 2 1/2
T—r à terme.
Bi pariétal. 3 6
Occipito front. 4 5
L—r à terme.
Bi pariétal. 3 3
Occipito front. 4 1
G—t à terme.
Bi pariétal. 3 6
Occipito front. 4 6
K—z à terme.
Bi pariétal. 3 2
Occipito front. 4
B—t à terme.
Bi pariétal. 4
Occipito front. 4 9

Il résulte évidemment de l'examen de ce tableau que les conditions de développement dans lesquelles la tête du fœtus se trouve dans les trois derniers mois de la grossesse, sont assez différentes à chacune des trois époques que j'ai prises, pour expliquer la possibilité de son passage à travers un bassin resserré, lorsqu'il n'est encore qu'au septième ou au huitième mois de son développement, et l'impossibilité de ce passage, au contraire, à travers le même bassin, lorsque son développement est achevé, puisque la différence de huit mois à neuf pour le diamètre bipariétal, (et c'est celui dont les dimensions importent le plus), est terme moyen, de trois pouces une ou deux lignes à trois pouces six ou sept lignes, et de sept mois à neuf, de deux pouces six à sept lignes à trois pouces six ou sept lignes, et qu'elle est pour le diamètre occipito-frontal, de huit mois à neuf, de trois pouces dix lignes environ, à quatre pouces six ou huit lignes, et de sept mois à neuf, de trois pouces deux à trois lignes, à quatre pouces six ou huit lignes. Et remarquez que je ne parle ici que du volume; il serait nécessaire de tenir compte aussi de la différence sous le rapport de la réductibilité. Elle est je crois très-réelle; mais je n'ai aucuns renseignemens positifs à cet égard : c'est une question facile à éclaircir, et dont je me propose de m'occuper dans un autre temps. Mais les résultats qui précèdent suffisent pour établir le premier fait qu'il m'importait de mettre hors de doute. Il en est un autre qu'il n'est pas moins nécessaire d'étudier et d'éclaircir : c'est l'influence que ces accouchemens spontanés avant terme, peuvent avoir sur le sort des mères et sur celui des enfans. Je commencerai par ces derniers. Sur trente-deux enfans de sept mois de vie in-

tra utérine qui vivaient au commencement du travail, et qui se sont présentés par le sommet, dix sont nés faibles, trois ont succombé pendant le travail; les autres sont nés avec le degré de force que comportait leur développement. Des dix qui sont nés faibles, huit ont succombé quelques heures après leur naissance, et quant aux vingt-un autres, ils ont vécu assez long-temps pour être transportés le lendemain à l'hospice des Enfans-Trouvés, où ils seront morts peut-être; mais je ne puis rien dire de certain à cet égard.

Sur vingt-trois enfans parvenus au septième mois et demi de la grossesse, et qui vivaient au commencement du travail, treize sont nés faibles et un mort; les autres étaient bien portans et vivans. Des treize nés faibles, six ont succombé dans les douze heures qui ont suivi la naissance; les autres ont vécu au moins vingt-quatre heures, et ont été transportés hors de la maison.

Sur quatre-vingt-un enfans nés à huit mois, en présentant le sommet, et qui vivaient quand le travail a commencé, vingt-trois sont nés faibles, sept sont nés morts; les cinquante-un derniers sont nés dans des conditions de santé très-favorables. Des vingt-trois qui sont nés faibles, sept ont succombé dans les vingt-quatre heures qui ont suivi leur naissance; les autres ont vécu et paraissaient très-disposés à continuer de vivre quand ils ont quitté l'hospice. Le quart de ces enfans à peu près qui est resté dans la maison, a survécu jusqu'au moment de la sortie des mères, c'est-à-dire pendant huit ou dix jours à peu près. Enfin de trente qui sont nés au terme de huit mois et demi, six sont nés faibles, et de ceux-ci un seul a succombé dans les douze heures qui ont suivi la

naissance ; les autres ont vécu ou du moins ils paraissaient, quand j'ai cessé de les voir, dans de parfaites conditions de viabilité. Je ne puis me dispenser de faire observer que ces résultats ont été obtenus dans un très-grand établissement, où, malgré tous les soins et tous les sacrifices de la charité publique, et le zèle des personnes chargées à la fois de la surveillance des enfans et des mères, il est impossible que ces petites et faibles créatures reçoivent tous les secours d'une sollicitude attentive aux moindres besoins : ils ne peuvent donc être regardés que comme le minimum de ce qu'il serait possible d'obtenir dans des conditions plus heureuses, et à ce titre même, ils méritent d'être pris en grande considération.

Etudions maintenant les résultats pour les mères : dans l'espace de deux ans et demi, 299 femmes sont accouchées spontanément avant terme à l'hospice de la maternité, savoir : 44 à six mois de grossesse, 10 à six mois et demi, 63 à sept mois, 35 à 7 mois et demi, 9 à huit mois, et 38 à huit mois et demi. Sur ce nombre, 10 ont succombé aux suites de leur accouchement. Cette proportion est à peu près celle de la mortalité chez les femmes accouchées au terme naturel de leur gestation dans les temps ordinaires, à l'hospice de la Maternité du moins, où ces femmes ont été observées. Je n'ignore pas qu'il serait peu logique peut-être de conclure rigoureusement de ces résultats à ceux que l'on pourra obtenir de l'accouchement provoqué avant terme, parce que les conditions ne sont pas les mêmes ; et cependant il ne faut pas croire qu'il y ait une très-grande différence entre elles : la plus capitale et qui est à l'avantage de l'accouche-

ment spontané avant terme, c'est la marche décidée des contractions lorsqu'elles sont spontanément survenues, et au contraire, une sorte de langueur et d'irrésolution dans le travail lorsqu'il est provoqué; et de plus surtout, la nécessité dans laquelle on est, dans l'accouchement prématuré artificiel, de solliciter les douleurs par l'irritation de l'orifice et du col de l'utérus; et enfin, la rupture prématurée des membranes plus commune dans l'accouchement provoqué. Il faut d'ailleurs se garder de croire que dans la plupart des accouchemens spontanés avant terme, le segment inférieur de la matrice soit plus préparé à se laisser dilater par les contractions des parties supérieures qu'il ne l'est dans l'accouchement artificiel : le plus simple examen des organes, la lenteur et les difficultés de la dilatation chez les femmes qui accouchent prématurément, prouvent assez le contraire. Chez beaucoup d'entre elles, d'ailleurs, surtout chez les femmes du peuple, pauvres, misérables, exténuées de fatigue et quelquefois de mauvais traitemens, le travail prématuré se déclare souvent sous l'influence de causes tout aussi physiques et presque aussi locales que celles par lesquelles on le provoque artificiellement; ajoutez à cela, pour reconnaître que les conditions sont moins dissemblables encore qu'on ne l'imagine, que chez 54 des femmes dont j'ai parlé et qui sont accouchées spontanément avant terme, les membranes se sont rompues prématurément, et chez quelques-unes même, un jour entier, et même deux jours avant le début du travail, ces dernières n'ont pas été pendant leurs suites de couches, plus malheureuses que les autres.

Une autre tâche m'est imposée maintenant; c'est d'examiner

jusqu'à quel point les conséquences des essais nombreux faits jusqu'à ce jour dans le but de provoquer l'accouchement avant terme, s'accordent avec ces premières observations ; ceci me conduit naturellement à rappeler en peu de mots les faits principaux qui concernent l'accouchement prématuré artificiel.

On sait que ce fut vers 1756 que les médecins de Londres les plus célèbres de cette époque, discutèrent la question de savoir s'il était moralement licite et avantageux, de provoquer l'~~écoulement~~ l'accouchement prématuré dans certains cas d'étroitesse du bassin, et qu'ils donnèrent à cette pratique leur approbation unanime; peu de temps après, le docteur Macauley y eut recours, et ce premier essai fut heureux. Plus tard le docteur Kelly fit savoir a Denman qu'il l'avait pratiquée trois fois sur la même femme, et que deux fois les enfans étaient nés vivans ; Denman lui-même y eut recours ou la conseilla huit fois, et il n'avait vu, dit-il, aucun accident malheureux ou dangereux qui put lui être imputé ; depuis, J. Barlow, S. Merriman, J. Marshall et beaucoup d'autres, la pratiquèrent avec des résultats divers, et au commencement de ce siècle, les expériences tentées en Angleterre étaient déjà assez nombreuses, et les résultats qu'on en avait obtenus étaient assez favorables pour que l'accouchement prématuré artificiel pût être raisonnablement mis au nombre des ressources utiles dans les cas de resserrement du bassin. Aussi cette méthode se répandit-elle plus tard en Allemagne, en Danemarck, en Hollande et en Italie, et y trouva-t-elle, en Allemagne surtout, de nombreux et impartiaux expérimentateurs. La France seule, dominée sans doute par les idées de Baudelocque, et par la réprobation dont il l'avait

frappée, la rejeta d'une manière absolue jusqu'à ces dernières années, quoique au rapport de Roussel de Vauzesme, elle eût été conseillée par Levacher de la Feutrie, et même si l'on en croit Sue, par A. Petit.

Toutefois, les essais s'étaient assez multipliés déjà en 1820 pour que Reisinger, qui écrivit une monographie remarquable à cette époque, ait pu réunir 74 cas parvenus à sa connaissance. Depuis ce temps, un autre relevé des observations publiées en Allemagne et en Hollande a été fait, et 34 cas nouveaux y sont mentionnés. Un relevé plus récent encore, et qui se trouve dans le compte rendu général de la clinique d'accouchement de Pavie, publié par Ferrario, mentionne 6 autres cas. D'autres faits ont été rendus publics depuis cette époque : 2 par W. Campbell et 4 par Mende en 1830, 4 par Schow, et 2 par Ramsbotham en 1831, un enfin, et le premier en France par M. Stoltz, en septembre 1831.

Ainsi l'opération qui m'occupe compte bien, pour éclairer le jugement qu'on peut porter sur sa valeur réelle, 127 expérimentations à peu près.

Etudions-en les résultats, et par conséquent la signification; voyons si ces résultats sont d'accord avec les premières données que j'ai d'abord fait connaître. Sur les 127 femmes chez lesquelles l'accouchement a été provoqué avant terme, six seulement ont succombé : deux d'entre elles aux difficultés extrêmes du travail, l'un de ces cas est rapporté par Clough, et l'autre par Ramsbotham; trois périrent des suites de couches qui furent compliquées de péritonite ou d'abcès, (Schelle, Kluge, Haase); une dernière enfin succomba aux progrès d'une hydropisie accom-

pagnée d'une si violente suffocation, que cet accident avait motivé l'accouchement prématuré artificiel. Je crois qu'il est naturel de conclure de ces faits, que non seulement l'accouchement provoqué à un terme où l'enfant est viable, ne justifie pas les craintes exagérées qui ont été exprimées à cet égard, pour le sort des femmes qui subissent cette opération, mais que ses résultats, quant à elles du moins, diffèrent à peine de ceux qui suivent tout accouchement un peu long et un peu pénible.

Quelles ont été les chances pour les enfans? Sur les 74 cas cités par Reisinger, 30 enfans sont nés morts, et 44 sont nés vivans. Il est vrai que de ces derniers 3 ont succombé peu de temps après leur naissance, et que le sort ultérieur de 21 autres n'a pas été indiqué par les observateurs; mais ce qui paraît certain, c'est que vingt ont été conservés en vie. Le relevé de 34 accouchemens faits après celui de Reisinger, et dont j'ai eu occasion de parler, atteste que sur ce nombre 19 enfans sont nés vivans, et ont continué de vivre; que 6 sont morts pendant le travail, et que 9 ont péri peu d'heures ou peu de jours après la naissance. J'ajouterai qu'un tableau publié par M. Burckard, sur les observations les plus précises et les plus complètes qu'il ait pu rassembler, prouve que sur cinquante-deux accouchemens provoqués, trente-cinq enfans sont nés vivans et ont continué de vivre. Enfin, sur vingt autres opérations, sept enfans ont succombé, et douze ont été conservés en vie.

Ces résultats pour les enfans, moins favorables sans aucun doute, à l'accouchement prématuré que ceux qui regardent le sort des mères, n'en sont pas moins de nature à démontrer que le travail

provoqué est bien loin d'être aussi funeste à la vie fœtale qu'on avait pu le croire, puisque, dans les deux tiers des cas environ, elle a pu sortir sauve de l'épreuve à laquelle elle était soumise. Or, y a-t-il, ajoute avec raison M. Dezeimeris, auquel j'ai emprunté une partie des renseignemens qui précèdent, y a-t-il une autre opération indiquée par un tel degré de rétrécissement, qui aurait pu offrir un aussi beau résultat? Qu'on se rappelle que sur quarante-une observations de symphyséotomie recueillies par Baudelocque, quatorze ont été suivies de la mort de la mère, et que vingt-huit enfans ont succombé. Que sur cent dix cas d'opérations césariennes pratiquées depuis 1801 jusqu'à 1832, et rassemblés par Michaelis, soixante-deux femmes sont mortes, vingt-neuf enfans sont nés morts, quatre sont nés très-faibles, et l'on ne possède aucun renseignement sur quatorze autres; de sorte que cette cruelle ressource à laquelle on a surtout recours dans l'intérêt des enfans, leur est seulement favorable à peu près comme l'accouchement provoqué l'est à ceux qui naissent dans les conditions spéciales qui déterminent à y recourir, et qu'elle coûte cependant la vie presque aux trois cinquièmes des femmes qui l'ont subie. Si l'on considère surtout que dans les cas de rétrécissement du bassin auxquels j'ai cru devoir appliquer les ressources de l'accouchement prématuré artificiel, il n'y aurait eu, si la grossesse fût parvenue à son terme, d'autre alternative que celle de la craniotomie ou de la section de la symphyse, l'on reconnaîtra tous les avantages que l'on peut retirer de l'accouchement provoqué dans des circonstances convenables. On remarque que je ne parle pas des secours qu'on aurait pu attendre de l'emploi du for-

ceps, parce qu'ici son application aurait été et aurait dû être infructueuse, et cela pour des raisons que je ferai mieux sentir un peu plus tard.

Ainsi j'ai démontré d'abord par les résultats de recherches attentives et nombreuses, qu'il existe une assez grande différence entre le volume, et sans doute aussi la réductibilité de la tête fœtale, dans les trois derniers mois de la grossesse, pour qu'on puisse comprendre qu'une tête non parvenue au terme de son développement, et appartenant toutefois à un fœtus viable, pourra traverser un bassin rétréci qu'il lui serait impossible de franchir quelques semaines plus tard; j'ai fait voir que les naissances prématurées dans des conditions favorables de situation du fœtus en laissait survivre une très-notable proportion, et que celle-ci était d'autant plus grande que le terme de la grossesse se rapprochait davantage du huitième mois, et à plus forte raison du huitième mois et demi. J'ai démontré que ces couches anticipées ne compromettent pas plus que les autres la vie ou même la santé des mères. J'ai ajouté à ces premières données des faits plus importans encore, parce qu'ils conduisent plus directement au but que je me propose d'atteindre, faits desquels il résulte que l'accouchement prématuré accidentel a eu pour résultat la naissance d'enfans vivans chez des femmes dont le bassin rétréci n'avait pu permettre auparavant, ou même n'a pas permis ensuite le passage de fœtus parvenus au terme de leur développement, sans qu'ils fussent mutilés, ou sans qu'ils eussent succombé aux difficultés du travail. J'ai fait voir enfin que l'art profitant de ces considérations et de ces enseignemens, avait déjà

cent vingt-sept fois provoqué l'accouchement avant terme, que ces opérations avaient été six fois seulement suivies de la mort des mères, et qu'elles avaient, dans plusieurs circonstances, sauvé près des deux tiers des enfans. Si donc je n'avais eu d'autre intention que d'apprécier le mérite absolu de l'accouchement prématuré artificiel, et de me justifier de l'avoir placé au nombre des plus précieuses ressources obstétricales qui soient à notre disposition dans le cas d'étroitesse du bassin, ma tâche serait complétement achevée. Mais je dois m'expliquer à présent sur le rang que je lui ai donné, et déterminer avec plus de précision que je n'ai pu le faire encore, les limites exactes dans lesquelles il est possible et convenable d'y avoir recours, les conditions qu'elle exige, et celles qui en contre-indiquent formellement l'emploi.

L'accouchement ne doit être provoqué, il ne faut jamais oublier ce principe, que dans un intérêt de conservation pour les deux individus : il ne convient donc d'y avoir recours que quand le fœtus est réellement viable, et je ne parle pas ici de la viabilité déterminée par la loi, qui, pour ne blesser injustement aucun intérêt, a dû tenir compte des éventualités même les plus rares ; mais je parle de la viabilité réelle, de celle qui résulte du développement des organes nécessaires à l'entretien de la vie extérieure, et qui n'existe guère complète chez la grande majorité des fœtus qu'au septième mois et demi de la vie intrà-utérine, elle n'a lieu, par conséquent, qu'à une époque où la tête du fœtus a acquis un volume de deux pouces dix lignes à trois pouces. Telle est donc rigoureusement la mesure de l'espace qu'il faut demander au bassin. La réductibilité admissible de la tête, à cette époque, com-

pensera les difficultés qui pourraient résulter de la trop grande exactitude des rapports et des frottemens trop intimes; mais si c'est le terme rigoureureusement nécessaire, on comprend que le volume de la tête fœtale exige que ce soit aussi la dernière limite audelà de laquelle il ne doit pas être permis d'aller.

Il n'est pas à beaucoup près aussi facile de déterminer le point opposé où l'accouchement prématuré devient une précaution superflue. Si l'on considère pourtant que le forceps n'amène presque jamais d'enfans vivans quand le bassin n'a que trois pouces et un quart; il paraîtra raisonnable, ce me semble, comme l'ont fait les accoucheurs allemands, de poser là, en général, la seconde limite, sauf à la déplacer et à l'éloigner davantage de la première, suivant les lumières fournies plus tard par l'observation.

Il y a parmi les médecins qui ont sérieusement étudié cette question, une certaine divergence d'opinions sur le point spécial qui m'occupe. Les uns, parmi lesquels se distinguent Froriep et Carus, n'ont pas cru devoir indiquer les dimensions du bassin qui rendent l'accouchement prématuré nécessaire, se contentant de dire que cette opération devait être pratiquée toutes les fois que le bassin est assez étroit pour ne pouvoir être franchi par un enfant vivant, et après que l'expérience l'aura démontré. D'autres, parmi lesquels se rangent Ritgen et Busch, posent des limites rigoureuses : l'une est fixée à trois pouces, et au plus à trois pouces moins un quart; l'autre à trois pouces et demi. Un homme d'un excellent jugement, Kilian, a fait remarquer avec beaucoup de raison, le vice de ces deux manières de procéder : il veut que le dernier degré, ou si l'on veut, le minimum d'étendue qu'exige

l'accouchement prématuré artificiel, soit fixé à trois pouces. Je crois qu'il est possible d'aller un peu au-delà, et je l'ai dit; mais quant à l'autre degré, ou au maximum d'ouverture, il pense que c'est l'observation attentive des phénomènes d'un accouchement précédent, et surtout de son influence sur la diminution du volume de l'enfant, qui doit le déterminer. Je vais expliquer tout à la fois sa pensée et la mienne. Il y a des femmes dont le bassin extrêmement étroit laisse passer avec de très-grandes difficultés sans doute, et après de très-grands efforts, mais enfin laissent passer, des fœtus qui naissent morts il est vrai. Il en est d'autres dont le bassin évidemment moins rétréci ne peut jamais être traversé par un fœtus à terme que quand on a fait la perforation du crâne; c'est que les premières créent des enfans d'un petit volume; c'est que les secondes, outre le malheur d'avoir un bassin rétréci, ont de plus le malheur de faire des enfans très-volumineux.

Il est clair que la seconde limite, ou, en d'autres termes, le point où l'accouchement prématuré cessera d'être nécessaire, ne sera pas le même pour les unes et pour les autres : que pour les premières, cette limite pourra être plus éloignée de la mesure que l'on regarde comme le caractère d'une conformation normale, et qu'elle en sera plus rapprochée, au contraire, pour les secondes; et il est évident qu'ici l'expérience et l'observation seront nos guides les plus sûrs. Kilian et presque tous les accoucheurs allemands ont regardé cependant trois pouces et demi comme le maximum d'ouverture qui admette encore la provocation de l'accouchement prématuré. Je crois que c'est avoir posé une règle

qu'il ne sera presque jamais nécessaire d'enfreindre sans doute, mais qu'il n'est pourtant pas impossible de voir en défaut. Est-il inadmissible, par exemple, qu'avec un bassin de 3 pouces 7 ou 8 lignes, une femme ne puisse jamais être délivrée que d'enfans qui succombent à la longueur du travail ou aux efforts nécessaires pour le terminer? Personne assurément ne voudrait prétendre que ces conditions ne se présenteront jamais. Je me suis assez souvent trouvé dans la nécessité d'accoucher par l'application du forceps, à grande peine et plusieurs fois au détriment des enfans, des femmes chez lesquelles il ne m'était pas possible, malgré mon attention et mes soins, de trouver d'autre cause de l'impossibilité de l'accouchement spontané, qu'une diminution de 3 ou 4 lignes dans la direction de l'un ou de plusieurs des diamètres du bassin; mais les enfans de ces femmes étaient remarquablement volumineux, et les sutures très-serrées, la tête par conséquent à peine réductible. Kluge se trouva une fois dans la nécessité de perforer le crâne d'un fœtus de 36 semaines, quoique le bassin dont l'étroitesse avait motivé l'accouchement prématuré, eût cependant trois pouces et demi de diamètre dans ses plus petites dimensions; n'est-il pas évident que, dans ce cas, en admettant qu'il n'y ait eu erreur ni sur la mensuration du bassin, ni dans l'appréciation du terme de la grossesse, l'accouchement provoqué ne pouvait avoir le succès qu'on en devait attendre que si le bassin avait eu plus de trois pouces et demi? Concluons de ce qui précède, que c'est à l'obervation qu'il appartient de fixer le dernier terme au-delà duquel les efforts naturels, aidés ou non par des

tractions convenables, doivent reprendre leurs droits. Ceci me conduit à l'examen d'une autre proposition importante.

Presque tous les accoucheurs qui se sont occupés de l'accouchement prématuré artificiel avec le plus de sagesse, et qui ont résolu les diverses questions qui s'y rattachent, avec le plus de circonspection, s'accordent à réprouver l'emploi de cette opération chez les femmes primipares; et l'opinion que je viens d'émettre précédemment, et qui s'accorde entièrement avec celle de Kilian et de Merriman justifie pleinement ce conseil. Mais quelques accoucheurs, et Joerg entr'autres, ont été plus loin, et ils ont voulu que l'accouchement prématuré ne fût sollicité qu'après l'épreuve de deux accouchemens impossibles sans la mort ou la mutilation du fœtus. Cette précaution était fondée sur la supposition qu'un premier accouchement agrandissait le bassin, et le disposait plus favorablement pour le passage d'un second enfant. Je ne sais sur quels faits cette opinion de Joerg était appuyée; je puis dire, pour ma part, que, dans plusieurs circonstances qui n'étaient pas, il est vrai, précisément de celles qui exigent la provocation de l'accouchement avant terme, j'ai vu des effets tout contraires à ceux sur lesquels se fonde le conseil dont je viens de parler. Ainsi, j'ai souvent été dans la nécessité d'appliquer le forceps, et de terminer l'accouchement avec peine chez des femmes dont le bassin était légèrement vicié, et dont les couches précédentes avaient été seulement difficiles, mais spontanées toutefois. Il y a quelques mois qu'une femme se trouvait, à l'hospice de la Maternité, dans des circonstances semblables; son premier accouchement avait été très-long, mais il s'était terminé sans secours

extraordinaires. Le second fut plus difficile encore : l'application du forceps fut indispensable, l'extraction de l'enfant n'eut lieu qu'après de grands efforts, et il avait succombé; la mère elle-même fut gravement malade à la suite de sa couche, mais elle se rétablit. Je pourrais citer une foule de faits de même nature. Ils s'expliquent jusqu'à un certain point par les modifications que subissent les symphyses sacro-iliaques pendant la grossesse, et qui doivent persister à un moindre dégré sans doute après l'accouchement et d'ailleurs aussi peut être par ce qui arrive, mais a un degré beaucoup plus remarquable aux bassins de femmes atteintes d'ostéomalaxie. On sait que chez elles la déformation du bassin s'accroît à chaque grossesse, et que le rétrécissement est plus prononcé après chaque accouchement.

Ainsi attendre l'épreuve de deux accouchemens qui n'aient pu se terminer sans la mort et même sans la mutilation du fœtus, ne me paraît pas nécessaire ; mais ne provoquer l'accouchement prématuré qu'après l'épreuve d'un premier accouchement me paraît très-convenable pour les raisons que j'ai exposées, et pour d'autres encore sur lesquelles je vais m'arrêter un instant.

Parmi les difficultés de l'accouchement prématuré artificiel, je dois en rappeler une à laquelle on ne me paraît pas avoir attaché assez d'importance : c'est celle que doit offrir, si l'on a recours à la dilatation préalable, l'introduction des corps dilatans dans l'orifice utérin chez les primipares, parce que chez elles il est presque complétement clos à l'époque à laquelle il convient d'opérer, et le danger que présente, si l'on a recours à la ponction

des membranes sans dilatation préliminaire, l'introduction des instrumens piquans qui doivent servir à cet usage.

Ce danger et ces difficultés ont fourni à Mme Lachapelle, contre l'accouchement prématuré, l'un des argumens sur lesquels elle s'est le plus solidement appuyée. Mais cet argument perd la plus grande partie de sa valeur, si l'accouchement prématuré n'est provoqué qu'après un, et à plus forte raison après plusieurs accouchemens à terme, parce que l'orifice utérin se trouve alors dans des conditions beaucoup plus favorables; et il n'est même pas rare, chacun le sait, que, dans le cours du huitième mois ou au commencement du neuvième, les lèvres du museau de tanche soient assez écartées pour permettre d'y introduire l'extrémité d'un doigt, et de toucher même les membranes. Quand cette précaution ne serait même pas nécessaire d'ailleurs dans l'intérêt de la mère, et pour les raisons que j'ai précédemment développées, elle le serait surtout dans l'intérêt de l'enfant qui n'aura pas à supporter alors les résistances dangereuses que lui opposerait le col de l'utérus dans un premier accouchement, et qui sont beaucoup moindres en général dans les accouchemens subséquens.

Parmi les conditions nécessaires à l'emploi de l'accouchement prématuré, il en est une qui mérite une attention spéciale: c'est de constater avec exactitude l'époque de la grossesse. Deux moyens s'offrent à notre choix pour arriver à ce résultat nécessaire: l'un consiste à s'éclairer par l'époque à laquelle les règles se sont suspendues; l'autre à chercher des lumières dans les modifications remarquables qui sont imprimées à l'utérus, et au produit de la conception que sa cavité renferme. Par la combinaison de ces

élémens, nous acquérons presque toujours des notions qui suffisent dans les circonstances ordinaires ; mais ces résultats sont malheureusement loin de répondre complétement à l'exigence des cas dont je m'occupe à présent et de fournir à notre esprit les connaissances précises qui lui seraient si utiles. Des élémens dont je viens de parler, le plus fréquemment et le plus fructueusement consulté, c'est l'époque de la suspension des règles, et, dans quelques circonstances exceptionnelles, celle à laquelle les femmes se sont exposées à devenir enceintes. Voyons jusqu'à quel point la première de ces deux circonstances, car il ne peut-être question que de celle là, peut nous aider à fixer l'époque de la conception, et par elle, les différens termes de la grossesse.

Sur cent femmes enceintes et parvenues à un terme assez avancé, dix-huit n'avaient aucun souvenir du temps où leurs règles s'étaient suspendues; onze étaient fort irrégulièrement menstruées avant de devenir enceintes; trois avaient été certainement réglées pendant les premiers mois de leur gestation. Ainsi, voilà trente-deux femmes sur cent, chez lesquelles il n'était pas possible de s'éclairer par cette circonstance. Examinons lorsqu'il est possible d'obtenir sous ce rapport des renseignemens que nous avons toute raison de croire certains, jusqu'à quel degré de précision ils peuvent nous conduire. Le tableau suivant en donnera une assez exacte idée.

On remarquera certainement que si le mode de calcul ordinaire expose à quelque erreur, c'est surtout en portant trop loin l'époque présumée de l'accouchement ; la question qui m'occupe devra en faire son profit.

Numéros d'ordre.	Dernière époque de règles.	Epoque présumée de la conception	Epoque réelle de l'accouchement.	Epoque présumée de l'accouchement.	Différence en moins.	Différence en plus.
1	2 juillet.	16 juillet.	26 avril.	16 avril.	....	10 jours.
2	4 juillet.	19 juillet.	2 mai.	19 avril.	....	12 jours.
3	8 juillet.	22 juillet.	28 avril.	22 avril.	....	6 jours.
4	10 juillet.	25 juillet	12 avril.	25 avril.	13 jours.	....
5	15 juillet.	31 juillet.	29 avril.	30 avril.	1 jour.	....
6	15 juillet.	1er août.	23 avril.	1er avril.	....	23 jours.
7	17 juillet.	1er août.	18 avril.	1er mai.	13 jours.	....
8	18 juillet.	3 août;	1er mai.	3 mai.	2 jours.	....
9	18 juillet.	3 août.	20 avril.	3 mai.	13 jours.	....
10	20 juillet.	5 août.	30 avril.	5 mai.	5 jours.	....
11	24 juillet.	9 août.	2 mai.	9 mai.	7 jours.	....
12	24 juillet.	9 août.	5 mai.	9 mai.	4 jours.	....
13	23 juillet.	8 août.	5 mai.	8 mai.	3 jours.	....
14	16 juillet.	1er août.	5 mai.	1er mai.	....	4 jours.
15	25 juillet.	10 août.	3 mai.	10 mai.	7 jours	....
16	26 juillet.	11 août.	1er mai.	11 mai.	10 jours.	....
17	27 juillet.	10 août.	25 avril.	12 mai.	17 jours.	....
18	28 juillet.	11 août.	28 avril.	12 mai.	14 jours.	....
19	28 juillet.	12 août.	30 avril.	12 mai.	12 jours.	....
20	28 juillet.	12 août.	4 mai.	12 mai.	8 jours.	....
21	28 juillet.	12 août.	1er mai.	12 mai.	11 jours.	....
22	25 juillet.	10 août.	4 mai.	10 mai.	6 jours.	....
23	30 juillet.	14 août.	1er mai.	14 mai.	13 jours.	....
24	1er août.	15 août.	3 mai.	15 mai.	12 jours.	....
25	1er août.	15 août.	2 mai.	15 mai.	13 jours.	....
26	4 août.	18 août.	4 mai.	18 mai.	14 jours.	....
27	1er août.	15 août.	5 mai.	15 mai.	10 jours.	....
28	6 août.	21 août.	2 mai.	21 mai.	19 jours.	....
29	7 août.	21 août.	25 avril.	21 mai.	28 jours.	....
30	8 août.	23 août.	28 avril.	23 mai.	25 jours.	....
31	10 août.	25 août.	30 avril.	25 mai.	25 jours.	....
32	15 août.	30 août.	2 mai.	30 mai.	28 jours.	....
33	16 août.	31 août.	1er mai.	31 mai.	30 jours.	....
34	16 août.	31 août.	3 mai.	31 mai.	27 jours.	....
35	18 août.	2 sept.	28 avril.	2 juin.	34 jours.	....
36	18 août.	2 sept.	5 mai.	2 juin.	28 jours.	....
37	29 août.	14 sept.	4 mai.	14 juin.	26 jours.	....
38	3 août.	18 août.	5 mai.	18 mai.	13 jours.	....
39	24 juin.	9 juillet.	5 mai.	9 avril.	....	26 jours.
40	30 juillet.	15 août.	1er mai.	15 mai.	14 jours.	....
41	28 juillet.	12 août.	5 mai.	12 mai.	7 jours.	....
42	1er août.	15 août.	5 mai.	15 mai.	10 jours.	....
43	26 juillet.	10 août.	5 mai.	10 mai.	5 jours.	....
44	15 août.	31 août.	5 mai.	31 mai.	26 jours.	....
45	20 août.	5 sept.	5 mai.	5 juin.	30 jours.	....
46	8 août.	23 août.	5 mai.	23 mai.	18 jours.	....
47	20 juillet.	5 août.	5 mai.	5 mai.	....	....
48	19 juillet.	4 août.	5 mai.	4 mai.	....	1 jour.
49	20 juillet.	5 août.	6 mai.	5 mai.	....	1 jour.
50	29 juillet.	13 août.	6 mai.	13 mai.	7 jours.	....

Le soin que j'ai pris d'insister sur ce point ne saurait paraître inutile qu'aux personnes qui n'ont pas sérieusement songé aux difficultés réelles que présente quelquefois la question de l'accouchement prématuré artificiel quand on arrive à son application. L'on verra en effet que ces résultats doivent nous conduire à une conclusion que je crois fort importante : c'est que s'il résulte de ces recherches que, malgré toutes les précautions que nous pouvons prendre pour apprécier le terme de la grossesse, une erreur de quinze jours ou de plus encore est souvent possible, il nous semble que la prudence exigera que nos déterminations soient fondées sur des calculs tels, que l'accouchement ne soit provoqué qu'à une époque que nous jugerons être intermédiaire entre le septième mois et demi et le huitième, je veux dire, pour être plus précis, au commencement de la trente-cinquième semaine. En faisant alors la part de toutes les chances possibles d'erreur, on ne sera pas exposé à provoquer la naissance d'un fœtus non viable, non plus qu'à courir le danger qui résulterait de ce que le fœtus offrirait à l'ouverture rétrécie du bassin des diamètres plus considérables qu'on ne l'aurait supposé. Il est d'ailleurs un autre motif qui doit engager à prendre ce parti, c'est-à-dire à se rapprocher plutôt de la fin du huitième mois que de la fin du septième. Le voici : les insuccès que l'accouchement prématuré a éprouvés relativement aux enfans, ont souvent dépendu de ce qu'ils s'étaient présentés à l'orifice utérin, et par conséquent au détroit supérieur, par l'extrémité pelvienne, ou même par une région du tronc ; aussi, tous les accoucheurs, à l'exception peut-être de W. Campbell et de E. L. Schippan si je ne me trompe,

ont posé le précepte formel de n'entreprendre l'accouchement prématuré que quand l'enfant présente la tête; Merriman conseille même, dans le cas où l'on aurait reconnu une autre position que celle de la tête, d'attendre quelques jours, parce qu'il est possible que la situation du fœtus change spontanément. C'est pour n'avoir pas suivi, ou n'avoir pas pu suivre peut-être ce précepte, que les deux provocations d'accouchemens prématurés cités par Clough et par Ramsbotham ont coûté la vie aux enfans et aux mères, et que sur trente-trois cas réunis par Merriman, vingt-et-un enfans sont nés morts; sur ce nombre, en effet, quatorze s'étaient présentés par une autre région que la tête.

J'ai déjà fait voir dans une autre occasion, que les naissances par les pieds ou les fesses sont d'autant plus communes, que l'accouchement a lieu à une époque plus rapprochée des premiers mois de la grossesse; et cette observation trouve encore utilement sa place dans cette discussion. Sur trente-trois enfans nés à sept mois, je veux dire à peu près au commencement de la trente-unième semaine, et qui vivaient au commencement du travail, onze sont nés par l'extrémité pelvienne, et deux ont présenté l'épaule, les présentations défavorables ont été ici aux autres dans la proportion de plus d'un tiers. Sur soixante et dix-sept enfans nés à huit mois, c'est-à-dire entre la trente-cinquième et la trente-sixième semaine de la gestation, douze ont présenté les pieds ou les fesses, et un l'épaule gauche; dans ce cas, les présentations défavorables ne sont plus aux autres que dans la proportion d'un sixième. Ainsi, plus on se rapprochera de la trente-cinquième semaine, et plus on aura de chances de trouver le fœtus

dans des conditions convenables de rapports avec le bassin, et je ne puis m'empêcher de faire remarquer la justesse des conjectures de Merriman, lorsqu'il supposait qu'une présentation autre que celle de la tête, bien que reconnue, pourrait s'être changée spontanément quelques jours plus tard.

J'ai dû insister sur ce point, parce qu'il est d'un grand intérêt dans la question de l'accouchement prématuré, et parce qu'autant qu'il est possible, il convient de chercher toutes les conditions favorables au sort du fœtus; et comme la présentation par la tête est une de ces conditions, j'ai dû y attacher une certaine importance, et indiquer les précautions à prendre pour se ménager cette chance désirable. Je dois cependant faire observer qu'au terme auquel l'accouchement prématuré doit être provoqué, et dans l'état particulier des organes chez les femmes qui réclament l'emploi de ce moyen, il est beaucoup plus difficile qu'on ne paraît l'admettre, de distinguer une présentation de la tête, d'une présentation du pelvis. Des erreurs, ou, pour parler plus justement, des incertitudes de diagnostic sous ce rapport, sont souvent excusables à une époque beaucoup plus avancée de la gestation, et parfois même dans le cours du travail, quand les parties du fœtus sont fort élevées; elles sont bien plus concevables encore et plus difficilement évitables à sept mois et demi ou huit mois.

Après tout enfin, et en admettant même que cette distinction fût plus facile, je ne saurais admettre la rigueur du principe posé à cet égard par les Allemands. Il n'y a pas de doute assurément qu'une présentation de l'extrémité pelvienne dans un accouche-

ment artificiel, et, à plus forte raison, une version rendue nécessaire alors par une présentation du tronc, ne fussent des accidens fâcheux ; mais ces chances sont rares, et le seront d'autant plus qu'on suivra plus rigoureusement la conduite que j'ai indiquée ; et d'un autre côté enfin, elles sont loin d'être funestes à tous les enfans. On paraît oublier, d'ailleurs, que les circonstances auxquelles s'applique l'accouchement provoqué, rendront inévitables si la grossesse parvient à son terme, ou un travail qui coûtera la vie au fœtus, ou la craniotomie qui le supposera mort et le mutilera, ou enfin une opération qui doit mettre en danger la vie de la mère, et probablement aussi la sienne. En prenant la précaution de différer la provocation de l'accouchement jusqu'à l'époque que j'ai cru devoir fixer, on aura fait, je pense, tout ce qui était nécessaire pour courir les chances d'une présentation favorable ; et si l'événement ne répond pas à cette juste espérance, on aura pris encore le parti le plus convenable à mon sens.

Quelques autres conditions sont nécessaires encore, et je vais les indiquer : c'est que d'abord le rétrécissement du bassin une fois produit, soit permanent ; c'est qu'il soit le résultat, non d'une maladie actuelle et toujours agissante, mais d'une maladie dont les effets restent malheureusement, mais dont l'action est passée. Sous ce rapport, les déformations du bassin par ostéomalaxie doivent exclure l'accouchement prématuré, parce que, comme je l'ai dit plus haut et à une autre occasion, la maladie poursuivant sa marche, les conditions du canal changent à chaque grossesse, et il est impossible de se baser sur les accouchemens qui ont précédé. C'est, en second lieu, que les femmes chez lesquelles on se propose

de provoquer l'accouchement, ne soient pas atteintes d'une maladie grave et aiguë, car il serait nécessaire d'attendre qu'elles fussent guéries; c'est qu'il n'y ait pas de fortes présomptions, et presque certitude de la présence de deux fœtus; d'une part, parce que les jumeaux parviennent ordinairement à un moindre développement, et, d'un autre côté, parce que s'ils naissent avant terme, leur organisation est rarement assez parfaite, pour que la vie extra-utérine puisse s'établir et persister; c'est qu'enfin on ait la certitude que le fœtus est vivant. Qu'il me soit permis de dire à ce sujet que l'auscultation peut et doit être ici d'un précieux secours, et de rappeler que chez 140 femmes explorées par moi depuis le commencement du septième mois jusqu'à la fin du neuvième, il n'en est que douze chez lesquelles il ne m'a pas été possible de constater la vie fœtale par l'auscultation, et qu'encore de ces douze femmes une est accouchée d'un enfant mort évidemment pendant la grossesse, et à une époque très-probablement antérieure à celle à laquelle je l'avais examinée.

Après avoir démontré que l'accouchement prématuré artificiel, est bien loin de mériter la réprobation presque inexplicable dont il a été si long-temps frappé en France, qu'il offre l'avantage de sauver un grand nombre d'enfans sans soumettre la vie des mères à des chances réellement fâcheuses, et qu'il peut être considéré comme une ressource précieuse dans des circonstances auxquelles l'art n'a su opposer encore que des opérations presque toujours fatales, soit à la mère soit à l'enfant, et trop souvent à tous les deux à la fois, il est inutile, je pense, d'examiner la question de savoir s'il est licite d'y avoir recours. Certes personne ne

ne croira qu'il soit moins convenable de solliciter des conditions que la nature a plusieurs fois accidentellement produites au grand bénéfice des enfans et des mères, et dont l'art a déjà obtenu de nombreux et incontestables avantages, que d'employer le forceps, le perce-crâne, les crochets, ou le bistouri, dont l'action a presque toujours les résultats les plus graves, dans les circonstances du moins auxquelles doit être exclusivement appliqué l'accouchement prématuré artificiel? Il me semble que ce serait prendre un soin tout-à-fait superflu : je me contenterai donc d'indiquer rapidement celui des procédés opératoires qui me paraît préférable.

Il est deux procédés, ou si l'on veut deux moyens par lesquels on se propose d'arriver au même but, savoir : de provoquer les contractions utérines. L'un consiste à percer les membranes et à déterminer par là l'évacuation d'une partie des eaux de l'amnios; l'autre, à solliciter les contractions en dilatant ou en irritant l'orifice utérin. Le premier procédé est le plus ancien, et celui dont on s'est servi pour les premières tentatives d'accouchement prématuré qui furent faites; l'autre, plus moderne, appartient à Kluge; peut-être entre ces deux procédés, serait-il possible de placer celui d'Hamilton, qui consiste à introduire le doigt dans l'orifice utérin, et à décoller une partie des membranes de la surface interne de la matrice, afin de provoquer les contractions de cet organe. J'ajouterai enfin, que, Doutrepont et Ulsamer paraissent croire que, dans quelques cas du moins, des frictions sur l'abdomen peuvent suffire pour exciter les contractions de l'utérus. Je vais dire quelques mots de ces procédés.

L'évacuation du liquide amniotique par la ponction des mem-

branes offre deux nuances dans son exécution. L'une consiste à le laisser écouler en petite quantité à la fois, et par degrés successifs, l'autre à les faire sortir presque toutes en peu de temps, c'est le procédé conseillé par J. Clarke; il le croyait plus propre à provoquer de suite de franches contractions utérines, et sous ce rapport, il lui semblait plus avantageux. Le conseil de Clarke serait assurément préférable si les avantages qu'il peut avoir n'étaient plus que compensés par les dangers que l'évacuation subite et complète des membranes ferait courir au fœtus : aussi, l'autre procédé est-il plus généralement employé.

L'instrument de Wenzel, qui n'est qu'une sorte de sonde à dard modérément recourbée, ou bien comme Reisinger le conseille, la sonde conique que l'on emploie pour le cathétérisme forcé, peuvent servir à percer les membranes. La ponction faite, les eaux s'écoulent lentement, et l'on attend un peu la manifestation des douleurs qui surviennent en général le premier ou le deuxième jour, mais qui peuvent aussi ne se déclarer que plus tard.

Le procédé d'Hamilton ne saurait être appliqué qu'à des femmes qui ont eu déjà plusieurs enfans, et dont l'orifice à l'époque où l'accouchement artificiel doit être provoqué, est assez dilaté ou assez souple, pour permettre l'introduction du doigt, et je crois que c'est pour ces cas exclusivement, qu'il en avait donné le conseil. Mais indépendamment des difficultés de l'exécution qui doivent essentiellement résulter des conditions d'élévation dans lesquelles l'utérus se trouve pendant le cours du huitième mois, et surtout chez les femmes, dont le bassin vicié reçoit difficilement

le segment inférieur de l'utérus, le procédé d'Hamilton à de plus l'inconvénient de ne pas provoquer les douleurs dans un temps convenable. Dans un cas rapporté par Riecke, on eut recours à ce moyen dans la trente-quatrième semaine de la gestation, la séparation des membranes fut plusieurs fois réitérée, mais les contractions ne se manifestèrent que quatre semaines après, et quand on eut encore irrité la surface interne du col utérin avec l'instrument de Stein, pour la perforation des membranes.

La méthode de Kluge qui consiste à provoquer les contractions utérines par la dilatation lente et graduelle de l'orifice, et par l'irritation qui en est la conséquence inévitable, a pour but de ménager les membranes aussi long-temps que possible, et de conserver au fœtus les ressources naturelles qui le soustraient à l'action immédiate et dangereuse de la matrice. Cette méthode repose sur un phénomène physiologique, qui ne me semble pas avoir été pris en assez grande considération, c'est l'influence ordinairement naturelle, mais quelquefois morbide, de l'orifice de l'utérus sur le corps de l'organe, influence tout-à-fait analogue à celle que les sphincters du rectum et de la vessie, exercent sur les parties supérieures de ces réservoirs. Je regrette de ne pouvoir ici donner à cette pensée des développemens dont la pratique pourrait tirer un utile parti. Je reviens à la méthode de Kluge, elle consiste à introduire dans l'orifice utérin un morceau d'éponge préparée, taillé en cone long d'un peu moins de deux pouces épais de 5 à 6 lignes à sa base plus mince et arrondi à son sommet et convenablement enduit d'un corps gras. Divers instrumens ont été imaginés pour la porter jusqu'à l'orifice de l'utérus;

une paire de pinces un peu longues et modérément courbées peuvent remplir parfaitement cet office. L'éponge une fois introduite jusqu'à sa base, une autre éponge ordinaire et un peu humide , assez volumineuse pour remplir le vagin et soutenir la première, est poussée et maintenue dans le canal. A ces deux corps étrangers, on a dû préalablement fixer un ruban ou un fil, pour pouvoir les retirer au besoin.

Cette opération faite, la femme qui a dû être située sur le bord d'un lit et dans une position analogue à celle qu'exige la ligature ou la section d'un polype, est replacée horizontalement dans son lit, mais avec la précaution de tenir le siége un peu élevé. L'introduction des corps étrangers est ordinairement suivie, quelques heures après qu'elle a eu lieu, de douleurs utérines plus ou moins fortes. Dans ce cas, on retire les éponges lorsque les contractions paraissent bien décidées, et on se contente de cette première excitation. Dans le cas contraire, on en replace le lendemain de plus volumineuses que les premières. Il arrive quelquefois que les douleurs se suspendent après l'extraction des éponges : alors il faut les renouveler, et quand la dilatation est assez grande, si les contractions sont incertaines, on rompt les membranes, et on attend les résultats.

M. Dezeimeris dans un article fort remarquable sur ce sujet, et le premier qui ait été écrit à Paris en faveur de l'accouchement prématuré, exprime l'opinion que l'administration du seigle ergoté pourrait suppléer heureusement à toutes les excitations locales dont je viens de parler, et qui peuvent bien n'être pas exemptes d'inconvéniens. Je doute que le seigle ergoté puisse pro-

duire cet effet; du moins n'a-t-on jamais observé jusqu'ici qu'il ait déterminé des contractions utérines chez les femmes qui n'étaient pas en travail. Ce médicament semble avoir la vertu d'accroître ou de ranimer l'impulsion quand elle s'est affaiblie ou qu'elle s'est éteinte, mais non pas celle de la provoquer et de la créer en quelque sorte. Je pense comme lui toutefois que des essais sont nécessaires. Je terminerai cette longue discussion par quelques conclusions dont j'emprunterai une partie à Merriman.

Comme il est prouvé par le raisonnement et par l'expérience, que dans les cas les plus graves, et dans lesquels la vie de la mère et celle de l'enfant seraient souvent compromises, l'accouchement prématuré artificiel a le très-grand avantage de soustraire presque toujours l'un à ces dangers, et de conserver souvent la vie de l'autre, il est impossible de contester la moralité d'une semblable opération.

Comme l'accouchement prématuré artificiel ne doit être jamais entrepris que dans un but de conservation pour l'un et l'autre individu qu'il concerne, jamais on ne devra recourir à cette opération, qu'à une époque où le fœtus aura acquis toutes les conditions de développement nécessaires à sa viabilité, et autant que cela sera possible, entre la trente-quatrième et la trente-cinquième semaine, les dimensions de la tête du fœtus, une ou deux semaines avant cette époque, n'offrant pas des chances notablement plus favorables à son passage à travers le bassin vicié.

Comme des faits nombreux prouvent que des fœtus peuvent quelquefois franchir un bassin dont les dimensions n'auraient pas permis de présumer qu'il en pût être ainsi, il sera toujours con-

venable de ne pratiquer l'accouchement prématuré qu'après que l'impossibilité d'extraire un enfant vivant, ou la nécessité de le mutiler auront démontré l'impossibilité d'un accouchement naturel, et que d'ailleurs le passage d'un premier enfant aura dilaté et assoupli les voies qu'un second devra traverser.

Comme la tête d'un fœtus réellement viable est de deux pouces dix lignes à trois pouces, on ne devra provoquer l'accouchement prématuré que quand le bassin offrira au moins cette étendue dans ses plus petits diamètres. Comme, d'un autre côté, l'accouchement aidé par le forceps est presque toujours possible dans un bassin de trois pouces et demi, cette mesure sera la dernière limite au-delà de laquelle cesse le domaine de l'accouchement prématuré artificiel. Des exceptions à cette règle ne sont pas inadmissibles; mais elles doivent être excessivement rares.

Un médecin, dans l'intérêt de sa propre réputation, ne devra jamais provoquer l'accouchement sans avoir préalablement pris le conseil d'un autre accoucheur, et sans être assisté d'un, ou de plusieurs de ses confrères.

Les développemens que j'ai donnés à l'examen de la question fort importante de savoir ce qu'il convient de faire lorsque le bassin offre un rétrécissement dont les divers degrés peuvent être compris entre trois pouces et demi qui représentent la première limite et deux pouces sept lignes qui représentent la dernière; ces développemens ne permettent pas de douter que quand le bassin est assez déformé pour n'offrir en un point de son trajet que deux pouces et demi de diamètre, et à plus forte raison lorsque le ré-

trécissement est plus prononcé encore, le fœtus ne saurait parcourir les voies naturelles, ni sous l'influence des contractions utérines et abdominales, ni à l'aide d'efforts étrangers, ni par l'ampliation artificielle du bassin, ni par le soin de provoquer l'accouchement avant que la tête ait acquis ses dimensions normales. Ici l'indication semble positive; elle consiste à ouvrir au fœtus une autre voie que la voie naturelle, l'opération césarienne, l'hystérotomie paraît donc seule applicable. L'est-elle dans toutes les nuances accidentelles que peut présenter le cas dont je m'occupe? c'est un point qui mérite d'être sérieusement examiné, car la question peut ne pas paraître jugée pour tous les esprits.

J'abandonnerai la marche que j'ai suivie jusqu'à ce moment, parce qu'elle ne me semble pas applicable à la discussion présente, et je subdiviserai d'une autre manière la question principale.

Que convient-il de faire lorsque le bassin étant déformé au point de n'offrir qu'un passage de deux pouces et demi de diamètre au plus, le travail est commencé, les membranes intactes ou récemment rompues ; et lorsqu'aucune tentative d'extraction n'ayant été faite encore, le fœtus est vivant suivant toutes les probabilités?

La réponse à cette question est toute simple et en quelque sorte obligée. L'opération césarienne est la seule ressource, et il convient d'y recourir.

Dans les mêmes cas d'étroitesse du bassin, que convient-il de faire lorsque les membranes étant rompues, et les eaux depuis long-temps écoulées, l'on a toute raison de penser que le fœtus

a succombé, soit aux efforts et à la prolongation du travail, soit à d'autres causes?

Le choix des moyens qu'il convient d'employer ici sera déterminé par le degré de resserrement du bassin dans cette catégorie même, dont j'examine les résultats sur l'enfantement, et l'influence sur la conduite de l'accoucheur. 1°. Si le bassin conserve un vide, dont le plus petit diamètre soit de deux pouces au moins, la perforation du crâne et son évacuation, puis des tractions exercées au moyen d'une forte pince ou d'une sorte de forceps disposé pour ce cas particulier, telles sont les ressources qui restent, et dont il est convenable d'user avec une réserve et des ménagemens extrêmes. La pince forceps dont je viens de parler, est infiniment préférable à l'usage des crochets aigus ou mousses, qui, n'offrant en général qu'une prise mal assurée, et glissant malgré toutes les précautions, contondent ou déchirent les parties molles du bassin de la mère. 2°. Si le bassin a moins de deux pouces de diamètre dans quelque point de son trajet, il n'est plus permis de songer à l'extraction du fœtus, bien qu'il soit mort, par les voies naturelles; l'opération césarienne est seule admissible dans ce cas : la mère se trouve alors, relativement aux soins qu'elle réclame, et aux secours que l'art doit lui prêter, dans des conditions analogues à celles d'une grossesse extra-utérine, dont le produit, devenu dangereux par sa présence, ne saurait être extrait que par une voie artificielle : on n'hésiterait pas dans ce dernier cas, on ne doit pas hésiter davantage dans les conditions de rétrécissement que j'ai supposées. Je sais bien qu'on a pu quelquefois réussir à faire passer à travers un détroit qui offrait

moins de deux pouces d'étendue, une tête de fœtus perforée, vidée, aplatie, et dont la base s'était inclinée et placée presque de champ; mais je sais aussi, et par l'expérience des autres et par la mienne, que, même dans des circonstances plus favorables, l'extraction de la base du crâne après la perforation de la voûte et l'évacuation de sa cavité, exige de si nombreux tâtonnemens, de si violens efforts, des pressions et des distensions si répétées et si douloureuses, que les chances de salut pour la mère, après ces pénibles tentatives, quelquefois même faites sans résultats, ne sont pas plus favorables que celles qui suivent l'opération césarienne.

Que convient-il de faire dans les cas où le bassin déformé conserve moins de deux pouces et demi dans la direction de l'un de ses diamètres, lorsque les membranes étant rompues depuis quelque temps et les eaux en partie écoulées, les contractions utérines se sont exercées énergiquement sur le corps du fœtus, ou lorsque des tentatives d'extraction ont été faites sans succès, lorsqu'en un mot la vie du fœtus peut avoir été compromise, soit par la longueur ou la violence du travail, soit par l'intervention infructueuse de l'art?

La solution que j'ai donnée à une question analogue à celle-ci, dans l'examen de quelques-uns des points précédens de la discussion, ne permet pas de douter de mon opinion dans cette circonstance; il faut se conduire de même que dans le cas où l'on a la certitude de la mort de l'enfant autant qu'il est possible de l'avoir; recourir à la craniotomie, et après cette opération, à l'ex-

traction du fœtus, lorsque le bassin conserve au moins deux pouces de diamètre dans le point le plus rétréci; à l'opération césarienne, lorsque l'une ou quelques-unes de ses dimensions sont au-dessous de deux pouces.

J'ai trop longuement exposé déjà les raisons qui rendent fort incertains les signes, non sans doute de la vie, mais de la viabilité du fœtus dans ces cas, pour que je croie convenable d'y revenir encore; je dirai seulement que si cette incertitude m'a paru justifier le rejet d'une opération qui pouvait compromettre les jours ou seulement la santé future de la mère (la symphyséotomie), on concevra à bien plus forte raison la même réserve, lorsqu'il s'agit de pratiquer l'opération césarienne qui laisse si peu de chances à sa conservation.

J'ai posé les principes qui précèdent, en faisant abstraction des conditions diverses de situation et de rapports dans lesquelles le fœtus peut se trouver avec le bassin dont le rétrécissement est parvenu au degré auquel je l'ai supposé, parce que la plupart de ces conditions ne m'ont pas semblé, dans la question présente, de nature à changer les indications principales qui sont positives : mais parmi elles, il en est une toutefois qui mérite de fixer un instant notre attention.

Que conviendrait-il de faire dans le cas où le tronc du fœtus étant sorti, ou extrait en très-grande partie, la tête y adhérant encore, ou même en étant séparée, se trouverait arrêtée au détroit supérieur, dont un ou plusieurs diamètres auraient au plus deux pouces et demi d'étendue?

La craniotomie devrait être pratiquée, et la tête diminuée de volume, si le bassin conservait encore au moins deux pouces de diamètre : on ne saurait élever de controverse à cet égard. En devrait-il être de même si le rétrécissement du bassin était plus prononcé ? Dans ce cas, je pense qu'il faudrait encore tenter, par la perforation et l'évacuation du crâne, d'en diminuer le volume, recourir, mais avec réserve, à des tractions convenables, et si elles étaient infructueuses, s'en reposer sur la macération et le ramollissement des os, ou sur un travail éliminatoire, du soin de l'expulsion ultérieure. Certes, je ne me dissimule pas les dangers auxquels la mère se trouverait exposée ; mais je ne crois pas que l'incision des parois abdominales et utérines, dans un cas surtout où cette incision devrait être faite sur l'organe déja fortement rétracté, l'exposerait à des chances plus favorables.

Girard a exprimé la même opinion, il veut que ce travail d'expulsion soit abandonné à la nature et il s'autorise de l'observation d'un cas dans lequel la tête d'un enfant à terme a traversé le détroit d'un bassin qui n'avait qu'un pouce et demi de diamètre (*Journal gén. de méd., chirurgie, pharm.*, t. 48, 1813). Cependant Jaeggy au rapport de Meissner pratiqua l'opération césarienne pour extraire une tête séparée du tronc, l'opérée mourut. Un cas analogue à ce dernier et qui donna lieu à une instruction judiciaire eut lieu il y a quelques années dans les environs de Leipsick. Je dois ajouter pour terminer, que presque tous les accoucheurs s'accordent à donner le conseil d'user de tous les moyens d'extraction qui sont au pouvoir de l'art, et ils ont raison sans doute, mais aucun, ce me semble, n'a abordé la difficulté aussi franche-

ment que j'ai dû le faire et ne s'est transporté comme moi par la pensée presqu'au delà des limites du possible.

Après avoir examiné la question qui m'était proposée dans son application à l'étroitesse du bassin, lorsqu'elle résulte de la déformation du canal, je dois à présent l'étudier, et en résoudre les divers points dans leurs rapports avec le rétrécissement produit par la présence de tumeurs dans la cavité pelvienne, en un mot avec les rétrécissemens par obstruction. Les solutions diverses que j'ai proposées dans les différens cas d'étroitesse du bassin par déformation, sont entièrement applicables à une grande partie des questions que soulève le rétrécissement par la présence de tumeurs. Quelques développemens à cette proposition en fourniront la preuve.

Lorsque le bassin est rétréci par l'existence de tumeurs plus ou moins volumineuses dans sa cavité, ou bien ces tumeurs sont pleines, solides, résistantes, et adhèrent avec force aux parties sur lesquelles elles reposent ; ou bien elles sont molles, compressibles, et peuvent diminuer de volume par l'évacuation des matières assez souvent liquides qu'elles contiennent ; ou bien elles sont unies aux parois du bassin par un tissu peu serré ; ou bien enfin, solides ou non, elles sont mobiles, et se déplacent sans beaucoup de difficulté.

Lorsque les tumeurs sont fixes et résistantes, le rétrécissement qu'elles produisent dans le bassin peut être assimilé, suivant son degré à celui qui est le résultat de la déformation des os ; et les indications thérapeutiques, dans ce cas, sont en réalité à peu près

les mêmes que dans l'autre. Je renvoie donc à ce que j'en ai dit. Je ferai cependant observer que, dans la plupart des cas, l'application du forceps, et la version sur les pieds, et lorsque ces opérations avaient été sans succès, la craniotomie, enfin l'opération césarienne, quand la cavité du bassin s'est trouvée presque annihilée, ont été à peu près les seuls moyens employés, et les seuls en effet auxquels il soit ou convenable ou possible d'avoir recours. J'ai fait précédemment observer que quand l'étroitesse du bassin n'est pas permanente au même degré, mais résulte d'une cause qui peut l'accroître dans l'intervalle d'une grossesse à l'autre, l'accouchement prématuré artificiel n'était pas applicable. On comprendra par conséquent qu'il ne l'est pas en général, du moins aux cas de rétrécissement dont je m'occupe, parce que les causes qui le produisent peuvent avoir et ont souvent en effet un développement très-rapide, et que souvent aussi leur marche, lorsqu'elle est lente, est du moins continue, et change presque chaque jour les conditions du canal. Lorsque ces tumeurs sont molles et compressibles, il arrive fréquemment qu'elles s'affaissent par la pression que la tête du fœtus exerce sur elles, sous l'influence des contractions énergiques de l'utérus; d'autres fois, une ponction pratiquée pendant l'accouchement suffit pour diminuer leur volume, et permettre la descente et le passage du fœtus, aidé ou non par la main ou par le forceps.

Nous avons vu à l'hospice de la Maternité, en 1813, dit Béclard, un cas dans lequel un corps fibreux de l'utérus remplissait le bassin, de manière à ne laisser qu'un espace de 18 lignes environ de diamètre transverse; l'enfant qui était mort, sortit

spontanément très-aplati ; la femme guérit. Ce cas est sans doute le même que j'ai cité plus haut, et que j'ai emprunté à Mme Lachapelle dans un autre but.

Après avoir parlé d'une femme chez laquelle une tumeur remplissant tout le bassin, avait mis dans la nécessité de perforer le crâne du fœtus, Denman dit : chez la seconde, au lieu de diminuer le volume de la tête du fœtus, on introduisit, à travers la partie postérieure du vagin, un trocart dans la tumeur ; il s'en écoula dans l'instant une grande quantité de fluide, la tumeur s'affaissa, et l'enfant naquit vivant sans secours ultérieur, la malade se releva de ses couches, mais elle expira six mois après.

Lorsque les tumeurs sont peu adhérentes, quoique très-étendues, il n'est pas impossible de les extirper pendant la grossesse, et même pendant le travail. Burns va m'en fournir un exemple remarquable.

Dans un cas très-grave que je rencontrai il y a quelques années, les adhérences étaient très-étendues, et la tumeur remplissait le bassin. La malade était dans le neuvième mois de sa grossesse, il n'y avait de choix à faire qu'entre l'opération césarienne et l'extirpation de la tumeur ; c'est à ce dernier parti que je m'arrêtai, et avec l'assistance de MM. Cowper et Russel, je pratiquai cette opération le 16 mars, peu d'heures après la manifestation de quelques légères douleurs utérines. Une première incision fut faite sur le côté gauche de l'orifice du vagin, du périnée et de l'anus, elle intéressa la peau, le tissu cellulaire sous cutané et le transverse du périnée ; le releveur de l'anus ayant été ensuite lar-

gement divisé, j'atteignis facilement la tumeur. Une sonde ayant été introduite dans l'urètre, il fut possible de détruire les adhérences qui existaient entre la tumeur et ce canal. Il fallut ensuite la séparer de l'utérus, du vagin et du rectum, ce que je fis en partie avec le scalpel, en partie avec le doigt; je pus alors la saisir comme une tête d'enfant, mais ses adhérences avec le bassin étaient encore assez solides; je les détruisis avec des ciseaux courbes, guidés par le doigt, mais lorsque je pénétrai tout-à-fait en arrière, dans la crainte d'intéresser le rectum ou de léser quelque gros vaisseau, j'achevai l'opération avec une spatule. La tumeur fut extraite; très-peu de sang s'écoula, les contractions utérines devinrent énergiques immédiatement après l'opération, et avant que la malade fût remise dans son lit, elles étaient très-actives. Quatre heures après, elle accoucha d'un enfant qui naquit mort, et qui était remarquable par son volume. Les suites de couches furent compliquées d'une inflammation du péritoine, mais grâce à de prompts et énergiques secours, la malade se rétablit; dans le mois de mai, la plaie était entièrement cicatrisée. (*Burns, the Principles of Midwifery*, 5 édition, p. 56.)

Drew rapporte un cas à peu près semblable dans lequel une tumeur adhérente au ligament sacro-sciatique fut extirpée avec succès pendant le travail; elle avait quatorze pouces de circonférences. (*Edinb. Med. and surg. journ.*, vol. 1, p. 23.)

Lorsqu'elles sont pédiculées, on peut quelquefois en faire l'ablation pendant le travail même, ou bien la ligature ou la section pendant la grossesse.

Van Dœveren rapporte qu'il fut appelé auprès d'une femme de trente ans, primipare et en travail depuis vingt-quatre heures; les douleurs avaient été vives et répétées, les eaux s'écoulaient lentement, et une hémorrhagie assez abondante et qui continuait encore avait lieu par la vulve. Les assistans étaient fort inquiets de ce que la sage-femme, au lieu de trouver la tête du fœtus dans le vagin, comme elle l'avait cru d'abord, y rencontrait une tumeur considérable et dont la nature lui était inconnue. Van Dœveren reconnut en effet une tumeur charnue saillante hors de la vulve, ayant presque le volume de la tête d'un enfant nouveau-né, lisse, assez dure et d'une forme arrondie, remplissant tout le vagin; il conjectura que ce n'était autre chose qu'un polype, et en acquit la certitude bientôt en remarquant que son volume diminuait de plus en plus en se rapprochant de l'orifice utérin, et qu'elle offrait un pédicule d'un pouce et demi d'épaisseur à peu près. La tête du fœtus pouvait être sentie au-dessus de la tumeur. Van Dœveren ayant bien apprécié et l'impossibilité de l'accouchement et le danger que courait la mère, résolut d'enlever la tumeur; et, dans la crainte de produire une hémorrhagie grave; il prit le parti de l'extraire par torsion et arrachement; la mollesse du pédicule, la compression longue qu'il avait éprouvée et un léger commencement de putréfaction lui firent penser que l'opération qu'il avait décidée ne serait ni difficile ni très-douloureuse; après avoir donné à la malade une situation convenable, il introduisit la main droite dans le vagin, embrassa de plusieurs doigts le pédicule du polype, et par des tractions et des torsions ménagées, il réussit à l'enlever; il pesait une livre et

demie ; la tête du fœtus descendit bientôt après dans le vagin, et l'accouchement se termina vers le soir : l'enfant naquit mort et offrait quelques traces de putréfaction. Dans un cas de ce genre, Pugh eut recours à un moyen différent chez une dame enceinte de six mois et en travail, il reconnut une tumeur charnue dont le pédicule qui naissait de la lèvre antérieure du museau de tanche, avait l'épaisseur du doigt et dont le corps égalait à peu près un œuf de dinde ; il appliqua une ligature faite de fil ciré, et excisa ensuite avec un bistouri ; l'enfant fut expulsé environ une heure après. La malade se rétablit et redevint quatre fois enceinte depuis cette époque. (*Pugh, Treatise of midwifery* (1754), p. 121.)

Chez une femme de trente-cinq ans, et parvenue à la fin du huitième mois de sa grossesse, Merriman pratiqua la ligature d'un polype, qui avait à peu près le volume d'une tête de fœtus de cinq mois ; l'opération eut un plein succès, le polype tomba peu de jours après avoir été lié. Un mois plus tard, la malade accoucha sans aucune difficulté ; mais l'enfant naquit mort : quelques circulaires du cordon ombilical autour du cou parurent être la cause de cet accident.

Lorsque les tumeurs sont mobiles, et peuvent être repoussées, soit dans une partie du bassin où leur présence sera moins gênante, soit au-dessus du détroit supérieur même, c'est à ce moyen combiné avec la version de l'enfant par les pieds, qu'il conviendra de recourir. L'observation suivante, communiquée à l'ancienne

Société de la Faculté de médecine de Paris par M. Moreau, est tout-à-fait digne d'intérêt sous ce rapport.

Madame B... parvenue au terme de sa grossesse, après plusieurs pertes successives qui avaient commencé au huitième mois, réclama les soins de M. Moreau. Lorsqu'il fut appelé, il trouva la malade dans un état de faiblesse extrême, et supposant l'insertion du placenta sur le col de l'utérus, il explora les parties génitales. Un doigt introduit dans le vagin reconnut d'abord l'orifice de l'utérus flasque et béant, puis à droite une tumeur dure et rénitente qui occupait les deux tiers de l'excavation; puis entre la tumeur et l'orifice, les membranes fœtales, puis enfin une partie de l'enfant qui ne put être déterminée à cause de sa hauteur et de sa mobilité. La tumeur adhérente à l'utérus suivait les mouvemens imprimés à cet organe. En portant la main sur l'abdomen, il était facile de sentir une autre tumeur pyriforme, volumineuse comme la tête d'un enfant à terme, occupant la fosse iliaque droite, et se prolongeant dans l'excavation pelvienne. M. Moreau résolut de faire la version pour soustraire la malade au danger qui la menaçait, mais il fallait déplacer la tumeur pour rendre possible l'extraction du fœtus. La main droite fut introduite, la tumeur fut refoulée avec la paume de la main, les membranes furent rompues, les pieds facilement saisis parce que l'enfant se présentait par les fesses, le tronc et les bras furent dégagés sans difficultés, l'enfant ramené dans la seconde position des pieds, parce que la tumeur occupait le côté droit de l'excavation. Après le dégagement des bras, la tumeur était de nouveau descendue dans le bassin et s'opposait au passage de la tête; la main droite réintro-

duite le long de la région antérieure de l'enfant, repoussa une seconde fois la tumeur, la face fut ramenée au devant de la symphyse sacro-iliaque gauche; l'extraction de la tête se fit ensuite sans difficulté. Le placenta avait été trouvé en grande partie décollé, sa sortie suivit immédiatement celle de l'enfant. Celui-ci naquit faible et décoloré, mais il fut ranimé; malheureusement il ne vécut que quatre jours.

Après l'accouchement, la tumeur que M. Moreau avait crue être l'ovaire droit malade, conservait ses rapports avec l'utérus; cet organe était presque repoussé dans la fosse iliaque gauche, ce qui donnait à cet ensemble la forme d'un cœur de cartes à jouer, ou plutôt celle que l'on assigne à l'utérus bilobé. La mère eut des suites de couches très-heureuses. (*Bulletin de la Faculté de médecine de Paris*, 1820, *n*° 5.) On peut consulter avec fruit, sous le même rapport, une observation de Baudelocque et les réflexions dont il l'a fait suivre. (*L'Art des accouchemens*, tome 2, p. 269 et suiv.)

J'ai cité au commencement de ce travail l'observation d'une jeune femme chez laquelle un calcul vésical rendait l'accouchement difficile : dans ce cas, l'application du forceps fut suffisante parce que le calcul était peu volumineux; et c'était la ressource la plus convenable, parce que le travail était avancé et la tête immobile au détroit supérieur. Dans des cas différens d'autres moyens ont été mis en usage. Le meilleur, quand il est possible de l'employer, consiste certainement à soulever la tête du fœtus et à reporter le calcul au-dessus d'elle. Un autre consiste

à pratiquer l'opération de la lithotomie comme on la ferait dans toute autre circonstance.

On a conseillé, dans quelques cas, de pratiquer une incision sur la pierre même, à travers la paroi antérieure du vagin. Cette opération qui pourrait convenir quelquefois, a été pratiquée deux fois au rapport de Denman, par deux chirurgiens de campagne, sans occasionner le mauvais effet que l'on craignait et sans laisser une ouverture fistuleuse par laquelle l'urine s'écoulerait pour le reste de la vie. (Denman, *Introd. à la prat. des accouchemens ;* t. 2, p. 99. Trad fr. de Kluyskens.) Les calculs ont été d'autres fois extraits par une voie différente. Une femme à terme et en travail, manda un accoucheur qui sentit en l'examinant, et au-dessus de la symphyse du pubis, un corps dur, qu'il jugeait être un calcul urinaire; il appela un de ses confrères qui fut du même avis; ils pratiquèrent le lithotomie au haut appareil, la pierre à peine ôtée, les douleurs qui avaient diminué, redoublèrent, et la femme accoucha promptement et heureusement. (*Bibliothèque choisie de médecine*, t. 1, p. 213; par Planque.) Dans un cas que j'ai indiqué sous un autre rapport, et publié par Threlfall, on eut recours à la perforation du crâne, l'accouchement se termina ensuite facilement.

Je ne terminerai pas sans dire que les cas d'étroitesse du bassin déterminée par des tumeurs volumineuses, développées ou descendues dans ce canal, sont les plus graves qui puissent se présenter dans la pratique des accouchemens; j'ai indiqué la conduite qui me paraissait la plus convenable, mais il s'en faut de

beaucoup que je croie qu'il sera toujours possible de la suivre. Il y a dans ces accidens une foule de combinaisons qu'il est presqu'impossible de prévoir, qui déjouent tous les calculs, et qui laissent trop souvent l'homme de l'art livré aux seules inspirations de sa conscience, et aux ressources presque toujours insuffisantes de son adresse. Si l'on en veut la preuve il suffira de lire le résumé de 18 cas d'obstruction du bassin par des tumeurs, publié par Merriman, et des conséquences qu'elles ont eues, c'est par là que je terminerai la tâche que le sort m'a donnée. Sur ce nombre ;

Deux fois les efforts naturels suffirent à l'expulsion du fœtus ; une des femmes mourut, un des enfans naquit mort.

Cinq fois l'on eut recours à la craniotomie, après un travail plus ou moins long ; trois des femmes moururent, les deux autres se rétablirent, l'une imparfaitement, l'autre complètement.

Cinq fois on employa la version sur les pieds, tous les enfans moururent, une seule des femmes survécut.

Trois fois les tumeurs ayant été ouvertes, le travail fut abandonné aux efforts naturels ; deux des femmes se rétablirent, l'autre resta long-temps dans un mauvais état de santé ; deux des enfans furent sauvés.

Trois fois après avoir ouvert les tumeurs, il fallut encore recourir à la craniotomie ; une des femmes mourut, une autre resta malade pendant 18 mois et succomba ensuite, la troisième survécut.

Ainsi, sur 18 cas d'obstruction du bassin par des tumeurs, neuf femmes succombèrent, trois se rétablirent imparfaitement, six recouvrèrent leur santé complète; seize enfans naquirent morts, et quatre vivans.

Paris. — Imprimerie de Félix LOCQUIN, rue Notre-Dame-des-Victoires, n° 16.